

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LAS MUJERES
PERIMENOPÁUSICAS DEL BARRIO DE MIRAFLORES, DISTRITO
SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO 2012”**

**Tesis para Optar el Título Profesional de:
LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. Ayala Sherón, Lizeth Rosanè

Bach. García Chuñocca, Evert

AYACUCHO – PERÚ

2012

RESUMEN

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, el cual se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. La mujer en etapa de la perimenopausia está expuesta a factores de riesgo que implica una serie de cambios biopsicosociales, que plantean la necesidad de estar atentos con el proceso de evaluación clínica de la mujer adulta, y realizar valoraciones integrales de enfermería que permitan obtener información desde un ámbito multidisciplinario y holístico que influyen en sus condiciones de salud, para brindar una atención de enfermería óptima, de tal manera que la mujer en esta edad logre una mayor conciencia de la importancia del autocuidado, realice actividades saludables y procure mejorar día a día su calidad de vida. Por ello se estableció el **Objetivo:** Determinar las prácticas de autocuidado en las mujeres perimenopáusicas del Barrio de Miraflores, Distrito de San Juan Bautista. Ayacucho 2012. **Materiales y métodos:** tipo de investigación básica, enfoque cuantitativo, nivel exploratorio, descriptivo con un diseño de investigación no experimental transversal. **Área de Estudio:** Barrio de Miraflores, Distrito de San Juan Bautista. Ayacucho. **Muestra:** estuvo constituido por 71 mujeres estudiadas entre las edades de 45-55 años de edad, muestreo probabilístico simple. **Instrumento:** fue guía de entrevista de “prácticas de autocuidado en la dimensión biológica y psicosocial”. **Resultados:** que del 100% (71) de las mujeres estudiadas entre las edades de 45 a 55 años de edad; el 63,4% (45) no realizan prácticas de autocuidado y el 36,6% (26) realizan prácticas de autocuidado. **Conclusión:** La mayoría 63,4% (45) de las mujeres perimenopáusicas, no realizan prácticas de autocuidado, siendo la dimensión biológica donde se realizan mayormente en comparación con la dimensión psicosocial.

Palabras clave: Prácticas de autocuidado, perimenopausia.

SUMMARY

The self care is a function inherent to the human being and is essential for the life of all living beings with whom they interact; It is the growth of the person in the journal live, which constitutes an important strategy for the protection of health and the prevention of disease. Women in perimenopause stage is exposed to risk factors that involves a series of changes biopsychosocial, posed by the need to be attentive to the process of clinical evaluation of adult women, and perform comprehensive assessments of nursing allowing to obtain information from a multidisciplinary scope and holistic that influence their health conditions, to provide optimum nursing careso that women in this age to achieve greater awareness of the importance of self-care, make healthy activities and try to improve their quality of life every day. Thus was established the **objective:** determine the practices of self-care in perimenopausal women from the neighborhood of Miraflores, district of San Juan Bautista. Ayacucho 2012. **Materials and methods:** type of basic research, quantitative approach, exploratory level, applicative with a design of transverse non-experimental research, **study Area:** Barrio de Miraflores, district of San Juan Bautista. Ayacucho. **Sample:** it was formed by 71 women studied between the ages of 45-55 years of age, simple probabilistic sampling. Instrument: it was the interview guide's "self-care into the biological dimension and psycho-social practices". **Results:** from 100% (71) of the women studied between the ages of 45 and 55 years of age; the 63, 4% (45) do not perform self-care practices and 36.6% (26) made self-care practices. **Conclusion:** The perimenopausal women most 63.4% (45), do not perform self-care practices, being the biological dimension where mostly performed in comparison with the psychosocial dimension.

Key words: self-care practices, perimenopause.

DEDICATORIA

A Dios quien nos concede el privilegio de la vida.

A mis adorables padres. Gregorio y Fernanda por su esfuerzo y apoyo constante e incondicional para culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos, quienes comparten su vida, son mi aliento y forman parte importante de mi vida.

A mis amigos, por su constante apoyo, aliento y sobre todo por compartir sus vidas y formar parte de ella.

LizethRosané.

A mis padres y hermanos que incondicionalmente me brindan su apoyo, que estuvieron conmigo en los momentos mas difíciles de mi existir a ellos doy gracias por permitirme ser su hijo y hermano.

Doy gracias a mis docentes por moldearme con sus conocimientos y ejemplo, mostrándome lo hermoso de esta profesión.

A los verdaderos amigos que me brindaron sus hombros como soporte, porque secaron mis lagrimas y otorgaron una sonrisa para aliviar a mi corazón que perdido se encontraba en las oscuras sendas de la soledad, a ustedes gracias.

A los profesionales de enfermería que son hermanos mayores nos brindaron sus conocimientos, no dudaron en mostrarnos el lado profesional y humano de nuestra carrera a través de sus principios, ético-morales.

Al amor que es la fuerza que mueve al corazón, fuente de mi inspiración y dedicación, pues fue gracias a ti que aprendí lo bueno de la vida, porque a pesar de los tropiezos en mi vida te digo, creo en ti, creo en el amor que gobierna el mundo.

(Evert García Chuñocca)

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Cristóbal, en especial a la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, y a la plana docente, quienes durante los años de estudios supieron ser guías durante nuestra formación profesional impartiendo sus conocimientos.

A la asesora: Angélica Ramírez Espinoza; por ayudarnos durante todo el proceso de la investigación y por su apoyo incondicional, de igual manera a los jurados por ayudarnos a fortalecer nuestro trabajo con cada una de sus observaciones.

A las profesoras Celia Maurtua Galván y Herlinda Calderón González, por el apoyo constante que nos brindó en la elaboración de este trabajo de investigación.

A todas aquellas personas y amistades que de una u otra manera contribuyeron a la ejecución de este trabajo.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	ii
SUMMARY	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
ANTECEDENTES DE ESTUDIO	14
BASES TEÓRICO - CIENTÍFICO	19
Autocuidado en la salud y teorías asociadas	19
Concepto de autocuidado	19
Tipos de autocuidado	21
Principios del autocuidado	22
Factores determinantes del autocuidado	23
Teoría del autocuidado de Dorotea Orem	26
Menopausia	27
Perimenopausia	28
Practicas de autocuidado	29
CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	39
Tipo de investigación	39
Diseño o método de estudio	39
Área de estudio	39
Población universal	40

Obtención de la muestra	40
Procedimiento de recolección de datos	41
CAPITULO IV: RESULTADOS	44
CAPITULO V : DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	64
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	72

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El Autocuidado, se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno.

Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad¹

Para abordar el tema de autocuidado es necesario retomar a Colliere². Que lo define como un acto de mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en sus manifestaciones. Las diferentes

formas de responder a las necesidades importantes crean e instauran hábitos personales o de grupo, es un acto individual que cada persona se brinda a sí mismo cuando se adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que de forma temporal o definitivamente no está en capacidad de atender sus propias necesidades vitales y por lo tanto requiere del apoyo de otros.

El autocuidado es la piedra angular de la atención primaria y es el pilar de los sistemas de salud, de ahí que desde la década de los 80s, las enfermeras de América Latina, con el apoyo de la Fundación Kellogg, la OPS y otros organismos internacionales han liderado el proceso de incorporar y fomentar el autocuidado a nivel internacional como estrategia metodológica de la atención primaria de la salud³.

Asimismo, el autocuidado tiene una gran influencia a partir de la teoría propuesta por **Orem**⁴, quien “justifica” la función de enfermería en situaciones específicas en las que el individuo no puede cuidar de sí mismo, no tiene el conocimiento o no está motivado para hacerlo. El autocuidado es una función regulatoria que los individuos llevan a cabo deliberadamente para cubrir necesidades vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente.

La salud de las personas depende además del autocuidado de diversos factores, tales como edad, grupo étnico, cultura y posición socioeconómica entre otros. No obstante, algunos cambios fisiológicos son resultado directo del envejecimiento biológico y la estructura genética, los factores conductuales y del estilo de vida en la juventud, afectan la probabilidad de lo que se vive en los siguientes años, teniendo la opción de mejorar su bienestar físico al cambiar su conducta⁵.

Hecho la revisión bibliográfica se encontraron:

Estudio realizado por Jhon Alexander Correa Marín y colaboradores sobre Calidad de vida y autocuidado en mujeres perimenopáusicas que laboran en una institución universitaria de

Pereira, en el año 2008 dando como Resultados: el autocuidado en mujeres de 40 y 55 años en promoción y prevención fue moderado; las actividades realizadas con más frecuencia fueron la distracción social, seguida de actividades físicas y aumento en la ingesta de vitaminas. Al igual en las actividades de promoción de bienestar mostraron atención moderada, siendo las de mayor autocuidado la búsqueda de información respecto a los cambios propios de la edad, la preocupación por el aspecto físico y los cambios en la dieta. Dichos resultados dieron como conclusión para los autores que cada mujer expresó su climaterio de manera particular, y debe ser tratado de forma individual. Se requiere promover actividades de autocuidado.

Rojas Cabana, Angélica en su tesis “Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro el Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho el año del 2001”. Donde dio como resultado, que la mayoría de mujeres realizan prácticas no saludables.

Las estrategias y técnicas de autocuidado no necesariamente se aprenden de libros y cursos especializados, hay recursos que tenemos como seres humanos consientes de nuestra alimentación, cuidado del sueño y descanso, estado físicos, etc. El cuidarse a sí mismo y cuidar a otros (as) es parte fundamental para una vida en sociedad armónica y saludable. La conciencia corporal, mental y emocional no sólo previene el malestar sino que promueve una mejor calidad de vida y bienestar humano.⁶

Durante las experiencias en el campo clínico y comunitario, se observaron continuamente casos de mujeres adultas que acudían al Establecimiento de Salud, con problemas como dolores de cabeza, sofocaciones, el sufrir de presión alta, sobrepeso, cuadros depresivos a raíz de problemas en su hogar y comunidad, además denotaron desconocer actividades de autocuidado en dicho periodo

Fue así como surgió la idea de investigar el presente trabajo titulado **“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LAS MUJERES PERIMENOPÁUSICAS DEL BARRIO DE MIRAFLORES, DISTRITO SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO 2012”**.

El enunciado del problema fue la siguiente:

¿Cuáles son las Prácticas de autocuidado en las mujeres perimenopáusicas del Barrio de Miraflores, Distrito San Juan Bautista. Ayacucho 2012?

El objetivo general es: Determinar las prácticas de autocuidado en las mujeres perimenopáusicas del Barrio De Miraflores, Distrito de San Juan Bautista. Ayacucho 2012. Los objetivos específicos fueron: (1) Identificar las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas en la dimensión biológica (nutrición, actividad física, control médico), (2) Identificar las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres en la dimensión Psicosocial. (Orientación por un profesional de salud, autoestima, estado de ánimo, programación de actividades de la vida cotidiana, relaciones interpersonales, círculo social).

El presente trabajo de investigación es univariable, razón por la cual no presenta hipótesis. La variable “Prácticas de autocuidado” consta con las siguientes dimensiones cada una con sus respectivos indicadores.

Dimensión biológica: (Nutrición, actividad física, control médico).

Dimensión psicosocial: (Autoestima, estado de ánimo, orientación profesional, relaciones interpersonales, programación de actividades de la vida diaria, círculo social).

Los resultados fueron: la mayoría de las mujeres perimenopáusicas, no realizan prácticas de autocuidado, siendo la dimensión biológica en un 69,1% del total de mujeres en estudio en comparación con la dimensión psicosocial con un 59,2% .

Esta investigación, permite conocer y explicar la situación de la salud de la mujer durante la perimenopausia, por ser este un problema de salud pública que trae consigo una serie de cambios fisiológicos naturales que incrementan riesgos en la salud de la mujer, a fin de lograr medidas preventivas durante el periodo de la perimenopausia y para la enfermera (o) es un reto fortalecer sus actividades de promoción del autocuidado

El presente trabajo de investigación, consta de 5 capítulos: el capítulo I presenta la introducción e incluye: planteamiento, delimitación, formulación del problema, objetivos y propósito de la investigación. El capítulo II presenta la revisión de la literatura que incluye: antecedentes del estudio, base teóricas científicas. El capítulo III presenta materiales y métodos que contiene: tipo de investigación, diseño o método de estudio, área de estudio, población universal, obtención de la muestra, procedimiento de recolección de datos. El capítulo IV presenta los resultados. El capítulo V presenta la discusión, conclusión y recomendaciones se incluye además referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

En relación al tema de estudio, se realizó la revisión de la literatura a nivel nacional, internacional y se encontraron trabajos que guardan relación con el tema de estudio y con la variable de estudio, así tenemos:

A nivel internacional:

Martínez, et. Al. En el estudio realizado sobre autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México, cuyo objetivo fue identificar prácticas de autocuidado en la menopausia. Fue un estudio cuantitativo, exploratorio, con muestra probabilística aleatoria simple, con 95% nivel de confianza, 5% máximo de error, con 354 mujeres.

Obtuvieron los siguientes resultados: Se observó déficit de autocuidado principalmente en hábitos alimentarios, apreciándose sobrepeso y obesidad (27%); el ruido es el factor que interfiere con el sueño, el promedio de sueño fueron 5 a 7 horas; 40% no realiza ejercicio; 17.9% no realiza detección de cáncer

cérvico uterino, 37.7% no practica autoexploración de mama, sin seguridad social 52.3%; asisten al médico solo cuando están enfermas. Las manifestaciones frecuentes en climaterio son sangrados irregulares, sofocos, cansancio y dislíbido.

Lugones, et al. En el estudio realizado sobre "Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio", estudio descriptivo transversal que fue realizado en el Policlínico "Jorge Ruiz Ramírez" del Municipio Playa, Cuba

Obtuvieron los siguientes resultados que en los principales síntomas psicológicos, resaltan 2 aspectos: predominio de síntomas psíquicos en estas pacientes, sobre todo en las posmenopáusicas. La ansiedad sobresalió con 50,8 % en las perimenopáusicas y el 64,5 % en las posmenopáusicas y la depresión para el 42 % en las perimenopáusicas y el 60,4 % en las posmenopáusicas, con diferencias significativas entre ambas. También llama la atención que la mayoría de las manifestaciones psíquicas como inseguridad, miedo, intranquilidad, irritabilidad, etc., predominan en las posmenopáusicas, con diferencias significativas en relación con las perimenopáusicas. También encontramos que hubo predominio de la cefalea con el 52,6 % en las perimenopáusicas y el 75 % en las posmenopáusicas, con diferencias significativas entre ambos grupos, seguidas de los dolores articulares con el 59,6 % en las perimenopáusicas y el 70,8 % en las posmenopáusicas, también con diferencias significativas. Podemos ver la aparición de enfermedades crónicas con predominio de la hipertensión arterial, tanto en las perimenopáusicas con el 33,3 %, como en las posmenopáusicas para el 37,5 %. También se dio el resultado de que la mitad del total de las pacientes aproximadamente, tanto perimenopáusicas como posmenopáusicas, tienen sobrepeso. Puede observarse que un número importante de pacientes

perimenopáusicas fuman, para el 64,9 % y el 66,6 % de las posmenopáusicas, lo que añade otro factor de riesgo importante a favor de las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis. También muestra las principales alteraciones ginecológicas presentadas y/o referidas por las pacientes, donde vemos que predominó la sequedad vaginal en ambos grupos, para el 24,5 %, en las perimenopáusicas y el 25 % en las posmenopáusicas, así como la displasia mamaria. No fue frecuente la hiperpolimenorrea en el grupo de estudio, pero estuvo presente en las perimenopáusicas exclusivamente para el 10,5 % con diferencias significativas respecto al otro grupo.

Sanhueza. En el trabajo de investigación “Conductas de autocuidado y manifestaciones Perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción, Chile”, tuvo como objetivo valorar las conductas de autocuidado y manifestaciones características de la mujer del período perimenopáusico, y su relación con el perfil biodemográfico y social de estas, entre los 45 y 54 años. Fue un estudio explicativo, transversal, correlacional, cuya muestra estuvo formada por 148 mujeres de la comuna de Concepción, Octava Región, Chile. Los instrumentos recolectores de datos utilizados fueron: Cuestionario elaborado por la autora de este estudio, sobre antecedentes generales de la mujer en periodo perimenopáusico, Cuestionario específico de Calidad de Vida en la menopausia,

Obtuvieron los siguientes resultados, el perfil biodemográfico y social de las mujeres no influenciaría en la aparición de manifestaciones características del período, y las actividades de autocuidado generadas por las mujeres serían independientes de estos perfiles. Entre las manifestaciones observadas, las vasomotoras no son significativas; de las manifestaciones psicológicas, lo más

sobresaliente es la presencia de nerviosismo y ansiedad, como también sentirse deprimidas triste. Priman las manifestaciones físicas, principalmente presencia de flatulencia, gases o hinchazón abdominal, los dolores musculares y/o articulares, cansancio, disminución de la fuerza y de la resistencia física como también cambios en el deseo sexual y el evitar las relaciones sexuales.

De los Ángeles, et. al. Se realizó un estudio de intervención mediante estrategias educativas en el Consejo Popular del Municipio Sibanicú (cuba) entre Enero 2010 y Enero 2011 con el objetivo de mejorar el auto cuidado de las mujeres Climáticas en este municipio. La muestra estudiada fue conformada por 80 mujeres, la fuente de datos fue la entrevista y se recogieron mediante encuestas. incluyó las siguientes variables, nivel de relaciones familiares, síntomas presentados, realización de ejercicios físicos, hábitos nutricionales y métodos de recreación utilizados habitualmente obteniendo los siguientes resultados antes de la intervención, el 71.2 % no tenían buenas relaciones familiares, el 56.2 % eran fumadoras, el 66.2 % presentaron síntomas como oleadas de calor e insomnio, el 100 % no realizaban ejercicios físicos, el 46.3 % no ingerían frutas ni vegetales y el 62.2 % de las mujeres usaban como método de recreación habitual la televisión. Los resultados obtenidos después de la estrategia realizada en relación al autocuidado de estas mujeres se encontró mejoras en las relaciones familiares, disminuyeron los síntomas presentados, en los hábitos tóxicos se obtuvo una disminución, 56 pacientes se incorporan a la práctica de ejercicios físicos, disminuyó la cifra de pacientes que no ingerían frutas ni vegetales, 19 pacientes comenzaron a leer libros. La intervención educativa logró mayor impacto con la realización de charlas educativas a la mujer y la familia y con la incorporación de

ejercicios físicos cotidianos mediante los convenios con el Instituto Nacional de Deportes y Educación física (INDER) – Ministerio de Salud.

A nivel nacional:

Rojas. En su tesis “Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del Asentamiento Humano Cerro el Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho ” siendo los objetivos identificar y describir las prácticas de autocuidado en la dimensión biológica y psicosocial. Mediante el método descriptivo transversal en 50 mujeres premenopáusicas de nivel socio económico bajo, se aplicó mediante la entrevista un formulario estructurado, usando el promedio y análisis de frecuencia se concluyó:

“Que las mujeres pre menopáusicas de este grupo poblacional realizan mayormente prácticas de autocuidado no saludables, destacando en la dimensión biológica el aspecto nutricional y en la dimensión psicosocial la función cognoscitiva”.

Tinoco.En su tesis “Hábitos de Vida que predisponen a la osteoporosis en las mujeres posmenopáusicas de la unidad climaterio del Instituto Especializado Materno Perinatal septiembre – noviembre 2003” teniendo como objetivo general determinar los hábitos de vida que predisponen a la osteoporosis tipo I y el tipo de estudio fue de casos y controles para la cual se seleccionó una muestra representativa de 120 mujeres, 40 para el grupo casos y 80 para el grupo control. Las conclusiones fueron que los hábitos de vida saludable en mujeres posmenopáusicas no predisponen de osteoporosis tipo I y el no consumo de lácteos y consumo de café predispone a osteoporosis.

A nivel local no se encontraron estudios similares o que guarden relación con las variables de estudio.

2.1. BASES TEÓRICAS CIENTÍFICAS

AUTOCUIDADO EN LA SALUD Y TEORÍAS ASOCIADAS

La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar. (Carta de Ottawa 1986).

CONCEPTO DE AUTOCUIDADO

La Organización Panamericana de Salud (OPS) define al autocuidado como todas las medidas y decisiones que adopta una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad

Asimismo, este tiene una gran influencia a partir de la teoría propuesta por Dorotea Orem ya que según ella, enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado a través de sus sistemas siendo el más utilizado en este caso el sistema educativo en el que la persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo. Ella afirma que el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos. La persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad teniendo el conocimiento necesario. Esta acción emana de una exigencia, ya sea sentida por la persona, u observada por otra, siendo necesario su compromiso.

Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas. Y de mantener la motivación para el autocuidado de ellos mismos y de los miembros de su familia. Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado tienen elementos culturales, y varían de un individuo a otro, o de un grupo a otro. Esta realización de autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, condicionada por las habilidades de la persona y se basa en el supuesto que las personas saben cuándo pedir ayuda. Las personas pueden escoger entre distintas opciones o conductas de autocuidado, estando entre ellas la opción de no actuar. Siendo relevante para las personas con diferentes antecedentes socioeconómicos o culturales, edades.

Es importante tener en cuenta los principios del autocuidado siendo estos: El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma, implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer

relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

TIPOS DE AUTOCUIDADO

AUTOCUIDADO UNIVERSAL: Llamados también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: la conservación de ingestión suficiente de aire, agua, alimento. Suministrado de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal⁷

AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.⁷

AUTOCUIDADO EN RELACIÓN A LA DESVIACIÓN DE LA SALUD:

Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado, el cual tiene como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándole demanda de autocuidado para la prevención secundaria. La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes.

TIPOS DE PRÁCTICAS

En el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud(prácticas de autocuidado saludables) y las negativas o de riesgo (prácticas de autocuidado no saludables).

PRINCIPIOS DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.

El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.

El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.

Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del auto concepto, el autocontrol, la autoestima, el auto aceptación, y la resiliencia.

FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOCUIDADO

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son:

FACTORES INTERNOS O PERSONALES:

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

Los Conocimientos: Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

FACTORES EXTERNOS O AMBIENTALES

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

CULTURAL: Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad. “La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables”⁸.

DE GÉNERO: Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ejemplo, en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean vanidosas y a los hombres se les dice lo contrario, como ilustra este refrán popular ‘el hombre es

como el oso, entre más feo más hermoso, atentan contra la salud y el bienestar. (Carta de Ottawa 1986).

FACTORES PROTECTORES

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

FACTORES DE RIESGO:

Corresponden al “conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño”⁹; es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermarse.

Como respuesta a estos factores protectores, las personas desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud entre ellas están el cultivo de un arte, la práctica de un deporte, el desarrollo de un pasatiempo, la adopción de una dieta saludable, entre otras. Frente a los factores de riesgo la gente adopta prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse, por ejemplo, saneamiento ambiental, higiene, vacunación, autoexamen de mamas. Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad.

En realidad, la diferencia entre lo que se pretende con la realización de prácticas protectoras y prácticas preventivas es muy sutil, pues todo lo que se hace para incrementar los ‘niveles’ de salud, en cierta medida, está previniendo las enfermedades de manera general.

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

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

Ella explica el autocuidado de la siguiente manera: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Por lo que se podría decir que el autocuidado viene a ser un acto propio del individuo que contribuye a mantener la integridad física, el funcionamiento y el desarrollo del ser humano, por lo que se podría considerar al autocuidado como el conjunto de acciones positivas en bien de un mismo ejecutado por el individuo.

Oren afirma que la persona es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Es una unidad que posee capacidades, aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de diferentes tipos siendo uno de ellos los Autocuidados Universales; llamados también necesidades de base, que son comunes en todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida. Dando como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden la conservación de ingestión suficiente de aire, agua y alimento, suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y

desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

En esta teoría explica, desarrolla las razones por las cuales una persona puede beneficiarse de la agencia de enfermería, mientras sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir sus requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. Déficit de autocuidado es por tanto la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable.

Las teorías fueron tomadas por que reflejan aquello que se intenta medir con el instrumento de recolección de datos.

PAREDES PÉREZ: señala que el climaterio es una etapa de transición de Carácter involutivo, durante la cual desaparece la menstruación, se pierde la capacidad reproductiva, se producen signos de desfeminización y tiene lugar ciertos cambios psicológicos, todo ello como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica ¹⁰

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

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”¹¹

MENOPAUSIA

Para la OMS¹², el término menopausia significa el cese de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular cíclica en el ovario, el final del periodo menstrual. Es un suceso puntual: la fecha de la última regla. Su valoración es necesariamente retrospectiva; han de pasar 12 meses sin menstruaciones para poder afirmar que ha ocurrido la menopausia, aunque para algunos son suficientes 6 meses sin menstruación.¹²

PERIMENOPAUSIA

La perimenopausia se ha reconocido como un periodo en el que hay cambios fisiológicos espectaculares así como síntomas que pueden afectar a la salud de la mujer y, sobre todo, a su calidad de vida. También es una época en la que aparecen factores de riesgo importantes, con aceleración de ciertas enfermedades como la osteoporosis. En términos generales, la perimenopausia dura desde los 45 hasta los 55 años, aunque este período puede variar. Durante estos años, se reduce el tamaño de los ovarios y se produce menos estrógeno. Otros cambios en el cuerpo también ocurren. Debido a que estos cambios suceden gradualmente con el paso del tiempo, es posible que no se percate de ellos.

Se le ha llamado perimenopausia al proceso natural que sufre la mujer, generalmente entre 45 y 55 años aunque puede presentarse antes o después de este rango, y se marca con la desaparición paulatina de la menstruación, ocurrida por la disminución de la acción hormonal de estrógenos y progesterona. La entrada a este proceso muchas veces se torna traumática para las mujeres, porque se presentan manifestaciones vasomotoras, afecta la sexualidad y entran a jugar sentimientos de baja autoestima, irritabilidad, mayor sensibilidad, entre otros. Por ello es importante que las mujeres comprendan los cuidados que deben tener en esta etapa de su vida, pues se corre el riesgo de desencadenar o agravar otras enfermedades preexistentes como hipertensión, artritis, diabetes, depresión,¹³

La perimenopausia y la menopausia son sucesos naturales. Aunque los mismos cambios básicos ocurren en todas las mujeres, cada mujer percibe y se enfrenta a estos cambios de una manera diferente. Algunas mujeres presentan síntomas leves durante la perimenopausia, mientras que en otras los síntomas pueden ser más intensos. La experiencia de la perimenopausia es distinta en cada mujer.¹⁴

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

Son actividades orientadas a disminuir o evitar las complicaciones de los cambios en la dimensión biológica.

Alimentación saludable

Lo que la mujer coma puede tener un gran impacto en su salud. Mantener una buena nutrición reduce el riesgo de tener enfermedades cardíacas, cáncer, pérdida de masa ósea, obesidad, derrame cerebral y diabetes, que son algunas de las enfermedades más comunes entre las mujeres. Las investigaciones han

demostrado que llevar una dieta equilibrada y un estilo de vida activo puede ayudarlo a mantenerse saludable y a mejorar su sensación de bienestar. Para gozar de un estado de salud óptimo

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

Una buena nutrición. Antes durante y después de la menopausia puede ayudar a prevenir algunas enfermedades que abundan entre las mujeres actuales. Se recomienda requerimientos nutricionales especiales (frutas, verduras, cereales y pocas carnes magras) y deben entre otras cosas, consumir cantidades suficientes de calcio y vitamina D. para tener huesos sanos, así como llevar una dieta baja en grasas saturadas colesterol (disminuir las grasas, sobre todo las de origen animal)

La recomendación en el consumo de calcio en las mujeres perimenopáusicas, y basados en la evidencia epidemiológica existente, se recomienda una ingesta de 1.000 mg de calcio elemental por día, para las mujeres entre los 25 y 50 años de edad y para aquellas mujeres postmenopáusicas que reciban terapia de reemplazo de sustitución; las que no reciban dicha terapia hormonal deberán ingerir 1.500 mg al día. A esta dosis total de calcio se deberá llegar a través de la ingesta de

alimentos ricos en calcio, tales como los derivados lácteos. Alimentos fortificados con calcio o suplementos de calcio constituyen una medida adicional, con la cual se puede lograr este objetivo en personas que no alcanzan los requerimientos con la alimentación convencional.¹⁵

Consumo de verduras y frutas

Las verduras y las frutas son alimentos naturalmente bajos en grasa y pueden reducir el riesgo de tener una enfermedad cardíaca, hipertensión (presión arterial alta) y cáncer. Lo ideal es comer de 5 a 9 porciones todos los días.

Llevar una dieta baja en grasa le ayudará a controlar su peso, tener un corazón saludable y reducir el riesgo de desarrollar cáncer. Las grasas saturadas y las hidrogenadas pueden aumentar el riesgo de tener enfermedades cardíacas y cáncer. Las proteínas de origen animal, incluidas las carnes y los productos lácteos enteros, contienen un alto grado de grasas saturadas.

Una adecuada ingesta de calcio ha demostrado reducir la pérdida ósea y la incidencia de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. Algunos estudios sugieren, igualmente, que como consecuencia de esta menor pérdida ósea se reduce la incidencia de fracturas, hallazgos que se deberán confirmar con estudios a largo plazo.

La ingestión de calcio hasta los dos gramos al día es segura, pero cifras por encima de ella pueden llevar a complicaciones, como litiasis renal e hipercalcemia. Conforme menor sea el consumo de calcio mayor será la pérdida de hueso, algunas buenas verduras fuentes de calcio son la leche (1 taza 300mg) y sus derivados, las verduras de hojas verdes: brócoli, lechuga nabo (1/2taza 175

mg), avena (1 taza 20 mg) así como productos marinos como el pescado sardina, la naranja y mandarina (1 mediana 30 mg), etc.

En el caso de la vitamina D la recomendación para mujeres mayores de 50 años es de 200 UI. Esta vitamina es esencial para la absorción y la utilización de calcio, gran parte de ella se forma en el cuerpo con la exposición de la piel al sol: sin embargo, los aceites de pescado, la mantequilla y el hígado son buenas fuentes, sin embargo La adición de vitamina D a la administración de calcio lleva a un incremento en el riesgo de efectos adversos, como hipercalcemia y litiasis renal.

El fumar se asocia con disminución en la absorción de calcio y de allí que pueda afectar la masa ósea, evitar el alcohol y la bebidas que contengan cafeína, ambas aumentan la excreción de calcio en la orina, mantenerse dentro del peso ideal para la talla.

La hiperlipidemia se relaciona con la aterosclerosis se recomienda controlar el peso y evitar el consumo excesivo de hidratos de carbono simple, consumir fibra soluble en la dieta (leguminosa, verduras avena) la hipercolesterolemia se asocia con problemas coronarios. Se recomienda disminuir el consumo de yema de huevos, carne roja, leche entera, vísceras embutidos, mantequilla, etc. Mantener peso ideal, hacer ejercicio, consumo adecuado de fibra soluble (gomas y pectinas). Se ha visto que la avena puede tener efectos beneficiarios sobre HTA asimismo el aumento de potasio en la dieta , ciruela , tomate , naranja, pasas, lentejas, frijoles, plátano, papa, y durazno en otros. Una dieta rica en antioxidantes disminuye la muerte prematura por enfermedad cardiovascular y cáncer. Así tenemos la vitamina C de 60 - 80 mg b-caroteno (palta, aceite de olivo) de 2 – 3 mg vita. E

(cereales, verduras), asimismo el estudio de Enfermeras de US menciona que la vitamina A disminuye el riesgo de cáncer de mama.

Los bochornos e insomnios: existen estímulos como son la cafeína, el alcohol los alimentos muy condimentados, el clima caliente o la tensión emocional que pueden desatar los bochornos. En general, las mujeres no son consientes de estos estímulos por lo que el proporcionarles información puede ayudar a que manejen sus ambientes y así reduzcan estos estímulos controlando en cierto grado el problema

La paciente debe cambiar sus actividades a lugares frescos, bien ventilados, se debe aconsejar realizar actividades que la tenga ocupada para lo que no le preste atención a los bochornos y siga trabajando durante los mismos; debe llevar una vida tranquila, sin presiones ni estrés, se aconseja los ejercicios de respiración controlada, procurando hacerlos despacio y profundamente, así también como de relajación, tanto general, como de las extremidades en la mujer menopausia el insomnio ocurre principalmente como resultado de los síntomas climatéricos como bochornos, una de ellas tenemos a la isoflavonas se hallan en la arvejas, frejol de soya, lentejas, entre otras.

Actividad física: Al cuerpo le sienta bien mantenerse en movimiento, las personas que realizan algún tipo de actividad física sufren menos problemas de salud y se encuentran más relajadas y optimistas se debe iniciar con ejercicios leves y al sentir cansancio suspenderlo para el grado de ejercicio debe consultarlo siempre con el médico.

Los beneficios de la actividad física son: regula la tensión arterial, reduce el riesgo de enfermar del corazón, disminuye los problemas de circulación, ayuda a

conservar los reflejos, baja el colesterol y los triglicéridos, sube la energía vital, ayuda a respirar mejor, controla el peso, fortalece los huesos y los músculos, previene la diabetes, combate la depresión leve y la ansiedad, aumenta la seguridad en sí mismo, mejora la flexibilidad de las articulaciones, previene el insomnio, evita el estreñimiento, disminuye el riesgo de padecer osteoporosis, controla la arterioesclerosis, elimina sustancias tóxicas del cuerpo, mantiene el cerebro en forma, disminuye los síntomas vasomotores. Se recomienda la caminata, bicicleta, natación, actividades físicas y actividades de relajación.¹⁵

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

Examen médico general y regional. En especial exploración mamaria, exploración vaginal y pélvica, citológica cervical, toma del Papanicolaou. Toma de peso y la talla control de la presión arterial, visita al dentista, revisión de la vista y oídos.

Exámenes auxiliares: perfil hormonal (FSH, HL estradiol) perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos) ecografía transvaginal, mamografía, densitometría ósea, glicemia y si el caso lo amerita dosaje de calcio, fósforo y marcadores de resorción ósea¹⁵.

Control de peso

Con la edad, se produce en las mujeres un aumento en el nivel de grasa corporal y se reduce el ritmo al que el cuerpo quema calorías. Si no se presta atención a esto, se está en un camino seguro hacia el aumento de peso. Aunque está bien envejecer con gracia, también es importante mantener un peso saludable. La mayoría de los estudios indica que el exceso de peso aumenta el riesgo de padecer diversos problemas médicos, incluidos enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes y

trastornos musculoesqueléticos. También señalan que para las personas con sobrepeso, bajar un poco de peso de 8 a 10 libras puede significar una mejoría para ciertos problemas médicos, como la diabetes y la hipertensión.

DIMENSIÓN PSICOSOCIAL

Frente a los cambios que se presentan en la dimensión psicosocial. Los autocuidados en esta dimensión deben contemplar:

Autoestima: Todo ser humano solo por el derecho de serlo merece respeto, incondicional de los demás y de sí mismo. Merece que se le estime y que se estime así mismo.

Cuando la mujer está en etapa de climaterio debe conocerse a sí misma estar bien informada y preparada para la menopausia, potenciar hábitos de vida saludable, compartir experiencias con otras mujeres, volver a conocer el cuerpo y entender lo que este quiere comunicar con sus cambios, plantearse nuevos proyectos de vida, amarse a sí misma, la madurez y la experiencia proporcionan belleza y sabiduría una mujer que ha dedicado la mitad de su vida a formar una familia todavía tiene tiempo de retomar sus estudios, comenzar una nueva vida, viajar escribir, leer, aprender nuevas tareas y cuidar su cuerpo a punto tal de estar en mejor forma que nunca. El fin de la vida fértil no implica nuevas restricciones ni la declinación física, las opciones pueden aumentar en vez de disminuir.

Estado de ánimo: los cambios en el estado de ánimo: nerviosismo, depresión, ansiedad, los trastornos en el sueño que incrementen la irritabilidad, un remedio natural común es tomar vaso de leche tibia antes de dormir como frente de triptófano, el cual se metaboliza en serotonina: al ser esta un neurotransmisor, se le asocia con el alivio del dolor y de la depresión induciendo el sueño. Para la

depresión también se recomienda infusión de melisa, verbena, romero, ruda. La vitamina C y la vitamina B₆ así como el magnesio, el cual ayuda a relajar el sistema nervioso, el ejercicio combaten la depresión leve y la ansiedad. Se aconsejan las técnicas de relajación. De meditación, llevar una vida sin presiones si estrés, realizar actividades novedosas y atractivas, salir de paseo.

Relaciones interpersonales: la menopausia no es el comienzo del fin: es el comienzo del resto de la vida. Cualquier actividad nueva que se emprenda ayudara a hacer nuevas amistades. La vejez permite se libre e independiente, inclusive se es útil a la familia, permite frecuentar asociaciones, asistir a reuniones sociales, disponer de más tiempo para disfrutar aficiones y cultivar amistades

Actividades de la vida diaria: la agilidad mental: para mantener la flexibilidad del cerebro solo hay una forma: utilizarlo, el realizar actividades intelectuales conserva a lo largo de los años mejores facultades mentales. Para mantener el cerebro en forma se aconseja: intentar aprender algo nuevo, leer un poco diariamente (el periódico, una revista, un capitulo de un libro, etc.) e intentar memorizar lo leído al día siguiente, alimentarse correctamente y hacer ejercicios, relacionarse con personas de condiciones y conocimientos diversos, así como de cualquier edad, las relaciones nuevas y distintas nos enriquecen, concentrarse en una sola actividad en cada momento no es bueno abarcar muchas cosas a la vez. Utilizar un block de notas y una agenda para programar actividades o citas, salir de casa viajar, hacer pequeñas excursiones.

Con la edad, es normal tener lagunas en la memoria a corto plazo, y no necesariamente son un signo de una enfermedad más grave, como el Alzheimer. Siga estos consejos como ayuda para recordar cosas: Repase la información nueva

apenas la recibe, por ejemplo el nombre de una persona que acaba de conocer. De ser posible, anote la información nueva. Haga listas y póngalas en lugares donde las vea fácilmente use más de uno de sus sentidos. Anote la información, léala y repítala en voz alta.

Estrategias para mejorar la memoria: el prestar atención puede salvarnos de falsas frustraciones, pensar en una sola cosa a la vez. Repetir: se debe repetir la información para que pase de la memoria inmediata a la memoria a largo plazo. Ser organizado: las personas que tienen buena memoria siempre son bien organizados, es decir el secreto no está en las buenas costumbres. Utilizar ayudas: no se puede dejar todo el trabajo a la mente, las ayudas, materiales, tomar notas, utilizar agenda, etc. Fragmentar la información no hacer listas demasiadas largas. Recurrir a la imaginación: invertir una imagen mental para afianzar un recuerdo, posteriormente al asociar imágenes recordaremos lo que debemos hacer.

El sentido del humor bien aplicado sirve para acordarse mejor de los nombres.

Examen psicológico: la depresión es uno de los síntomas que se presentan con mayor frecuencia es conveniente realizar una interconsulta con psicólogo. Hay dos tipos de depresión: la depresión reactiva (secundaria a algún evento conocido) y la depresión endógena, es un estado de ánimo triste y pesimista, que no tiene una causa clara.

Sin embargo existen prácticas no saludables siendo estas:

TABACO

Diversos estudios han mostrado que el tabaco se asocia a un incremento del riesgo de sofocos 95-99. Las personas que han fumado o que actualmente fuman presentan un mayor riesgo. Este riesgo (OR) guarda relación con el número de

cigarrillos fumados y se estima de 1,50 (IC del 95%: 1,28-1,76) para las fumadoras de menos de 10 cigarrillos al día y de 1,68 (IC del 95%:1,46-1,94) para las que fuman más de 20 cigarrillos¹⁶. No se dispone de estudios que hayan evaluado si dejar de fumar influye en la intensidad y frecuencia de los sofocos.

CONSUMO DE CAFÉ

El consumo de cafeína y teína se ha considerado como un factor de riesgo para la osteoporosis, pues algunos estudios epidemiológicos los relacionan con una menor masa ósea y un mayor riesgo de fractura ya que la cafeína disminuye la absorción intestinal del calcio, aumentando además su pérdida por la orina. Así, estudios recomiendan la ingesta máxima de dos cafés por día^{17,18,19}.

La cafeína es una sustancia psicoactiva ampliamente consumida, que incrementa la pérdida urinaria de calcio y disminuye su absorción intestinal²⁰.

SEDENTARISMO:

La mayoría de las mujeres menopáusicas tienen un estilo de vida sedentario y la falta de tiempo es su mayor excusa; esto también se encuentra en el grupo de referencia del estudio realizado en Jaén con 20 mujeres con edades comprendidas entre 49 y 60 años que acuden al centro sanitario, a pesar de que la mayoría no tiene trabajo fuera de casa²¹

EL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASAS

Los niveles altos de colesterol facilitan la acumulación de colesterol en las paredes interiores de las arterias, lo que puede provocar un ataque cardíaco o un derrame cerebral²².

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación es básica, con un enfoque cuantitativo, nivel de investigación, descriptivo. Con un diseño de investigación no experimental transversal.

El área de investigación es el Barrio de Miraflores del Distrito De San Juan Bautista, Ayacucho.

La población de estudio se encuentra conformado por 146 mujeres perimenopáusicas²³, que suelen ser entre las edades de 45 a 55 años de edad según las fuentes bibliográficas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres de 45 a 55 años de edad que vivan en el barrio de Miraflores del distrito de san Juan Bautista.
- Toda mujer que acepte participar en la entrevista.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres que presenten alguna discapacidad que no les permitan responder adecuadamente.
- Mujeres que no tengan pareja e hijos.
- Mujeres mayores de 55 años de edad.

La población estuvo conformada por mujeres entre las edades de 45 a 55 años de edad, quienes se encuentran dentro del periodo establecido de la Perimenopausia. El estudio se realizó tomando como muestra un promedio de 71 participantes del barrio de Miraflores del Distrito de San Juan Bautista, el cual viene a ser uno de los barrios de creación reciente, que contiene a familias que pertenecen a zonas rurales de la región de Ayacucho.

La muestra poblacional se obtuvo a través de la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{Z^2 \alpha/2 pq}{e^2}$$

Donde:

$$Z^2_{\alpha/2} = 1,96$$

$$P = 0,1$$

$$Q = 0,9$$

$$e = 0,05$$

$$N = 146$$

$$n \geq \frac{(1,96)^2(0,1)(0,9)}{(0,05)^2}$$

$$n \geq 139$$

Ajustamos la muestra:

$$Nf \geq \frac{N}{1 + \left(\frac{n}{N-1}\right)}$$

$$Nf \geq \frac{139}{1 + \left(\frac{139}{145}\right)}$$

$$Nf \geq \frac{139}{1.96}$$

$$Nf = 71$$

El tipo de muestreo es probabilístico aleatorio simple, se tuvo como técnica de recolección de datos la entrevista, cuyo instrumento es la guía de entrevista estructurada de Rojas Cabana, Sandra que fue validada por los investigadores.⁷ Este instrumento fue realizado basado en la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem.

En la estructura del instrumento de recolección de datos se incluyó preguntas cerradas con 5 posibles respuestas según la escala de LIKERT, el esquema de la entrevista está formado por la presentación, indicaciones de llenado de la entrevista, los datos generales conformado por la edad grado de instrucción, la ocupación, el estado civil y la religión. Y los datos específicos que contienen las preguntas de la entrevista las cuales se encuentran divididas de acuerdo a sus dimensiones. está constituido por 19 preguntas para la dimensión biológica y 18 preguntas para la dimensión psicosocial que hacen un total de 37 preguntas cerradas, de las cuales 10 Preguntas son negativas y están resaltadas en el instrumento. Y 27 Preguntas son positivas.

La puntuación establecida según tipo es:

Preguntas positivas	puntuación	Preguntas negativas	puntuación
Nunca	1	Nunca	5
Casi nunca	2	Casi nunca	4
Regular	3	Regular	3
Casi siempre	4	Casi siempre	2
Siempre	5	Siempre	1

Donde:

El puntaje mínimo es 37.

El puntaje máximo es 185.

De acuerdo a la escala se estableció dos grados o clases, utilizando el puntaje obtenido por baremos:

Rango: 185 – 37 obtenemos 148 de rango

Nº de clases: 2

$$\text{Baremos} = \frac{\text{Rango}}{\text{Nº de clases}}$$

$$\text{Baremos} = \frac{148}{2}$$

Baremos: 74

Entonces $74 + 37 = 111$

Por lo que los valores de prácticas de autocuidado son:

Realizan prácticas de autocuidado 112 - 185

No realizan prácticas de autocuidado 37 - 111

La recolección de datos se obtuvo a través de la entrevista realizada a la población en estudio; previo consentimiento informado, en un tiempo de 15 minutos por persona en su respectivo domicilio. Los datos serán procesados en paquetes estadísticos SSPS19 y Microsoft office Excel 2010.

Se utilizó el análisis de frecuencia a nivel descriptivo, por ser un trabajo exploratorio; de acuerdo a los objetivos de la investigación, las cuales serán presentados mediante la tabulación de frecuencias y sus respectivos gráficos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Luego de haber recolectado los datos; estos fueron trabajados manualmente en una matriz tripartita: para luego ser procesados en la tabla de frecuencia, en paquetes estadísticos SPSS 19 y Microsoft office Excel 2010, los cuales se presentan en cuadros y gráficos estadísticos; sobre la base de los objetivos de la investigación y la variable, obteniendo los siguientes resultados que a continuación se detallan:

**CUADRO N° 01: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES
PERIMENOPÁUSICAS DEL BARRIO DE MIRAFLORES, DISTRITO DE
SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2012.**

Prácticas de autocuidado	N°	%
realiza	26	36,6
No realiza	45	63,4
Total	71	100

FUENTE: Guía de entrevista aplicada a las mujeres perimenopáusicas del barrio de Miraflores, Distrito de San Juan Bautista, 2012.

En el presente cuadro, se observa que del 100%(71) de las mujeres perimenopáusicas estudiadas entre las edades de 45 a 55 años; que realizan prácticas de autocuidado; el 63, 4% (45) no realizan prácticas de autocuidado, y solo el 36,6% (26) realizan prácticas de autocuidado.

CUADRO N° 02: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS SEGÚN DIMENSIONES DEL BARRIO DE MIRAFLORES, DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2012.

Prácticas de autocuidado	Dimensiones			
	Biológica		Psicosocial	
	N°	%	N°	%
Realiza	22	30.9	29	40.8
No realiza	49	69.2	42	59.2
total	71	100	71	100

FUENTE: Guía de entrevista aplicada a las mujeres perimenopáusicas del barrio de Miraflores, Distrito de San Juan Bautista, 2012.

En el presente cuadro, se observa que del 100%(71) de las mujeres perimenopáusicas estudiadas entre las edades de 45 a 55 años; que realizan prácticas de autocuidado en ambas dimensiones: en la dimensión biológica; el 69,1% (49) no realizan prácticas de autocuidado y el 30,9% (22) realizan prácticas de autocuidado; en la dimensión psicosocial, el 59,2% (42) no realizan prácticas de autocuidado y el 40,8% (29) realizan prácticas de autocuidado.

CUADRO N° 03: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA EN MUJERES PERIMENOPAÚSICAS DEL BARRIO DE MIRAFLORES, DISTRITO SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2012.

Dimensión biológica	Prácticas de autocuidado					
	Realiza		No realiza		total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nutrición	68	95,8	3	4,2	71	100
Actividad física	33	46,5	38	53,5	71	100
Control médico	2	2,8	69	97,2	71	100

FUENTE: Guía de entrevistaaplicada a las mujeres perimenopáusicas del barrio de Miraflores, Distrito de San Juan Bautista, 2012.

En el presente cuadro, se observa que del 100%(71) de las mujeres perimenopáusicas estudiadas entre las edades de 45 a 55 años; que realizan prácticas de autocuidado en la dimensión biológica; el 4,2%(3) no realizan una adecuada nutrición y el 95,8%(68) realizan una adecuada nutrición; el 53,5%(38) no realizan actividades físicas y el 46,5%(33) realizan actividades físicas; el 97,2%(69) no acuden al control médico y solo el 2,8%(2) acuden al control médico.

CUADRO N° 04: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL EN MUJERES PERIMENOPAÚSICAS DEL BARRIO DE MIRAFLORES, DISTRITO SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2012.

Dimensión psicosocial	Realiza		No realiza		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Orientación por un profesional	2	2.8	69	97.2	71	100
Autoestima	55	77.5	16	22.5	71	100
Estado de animo	50	70.4	21	29.6	71	100
Relaciones interpersonales	28	39.4	43	60.6	71	100
Programación de actividades de la vida diaria	22	31	49	69	71	100
Círculo social	12	16.9	59	83.1	71	100

FUENTE: Guía de entrevista aplicada a las mujeres perimenopáusicas del barrio de Miraflores, Distrito de San Juan Bautista, 2012.

En el presente cuadro, se observa que del 100%(71) de las mujeres perimenopáusicas estudiadas entre las edades de 45 a 55 años, que realizan practicas de autocuidado en la dimensión psicosocial; el 97.2%(69) no reciben orientación por un profesional de salud y el 2,8%(2) reciben orientación por un profesional de salud; el 22,5(16) no presentan una adecuada autoestima y el 77.5% (55) presentan una adecuada autoestima; el 29,6%(21) no presenta un adecuado estado de ánimo y el 70.4%(50) presenta un adecuado estado de ánimo; el 60.6%(43) no presenta adecuadas relaciones interpersonales y el 39.4%(28) presentan adecuadas relaciones interpersonales; el 69%(49) no realizan una programación de actividades de la vida diaria y el 31%(22) realizan programación de actividades de la vida diaria ; el 83.1%(59) no participan en círculos sociales y el 16,9%(12) participan en círculos sociales.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, el cual se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. La mujer en etapa de la perimenopausia está expuesta a factores de riesgo que implica una serie de cambios biopsicosociales, que plantean la necesidad de estar atentos con el proceso de evaluación clínica de la mujer adulta, y realizar valoraciones integrales de enfermería que permitan obtener información desde un ámbito multidisciplinario y holístico que influyen en sus condiciones de salud, para brindar una atención de enfermería óptima, de tal manera que la mujer en esta edad logre una mayor conciencia de la importancia del autocuidado, realice actividades saludables y procure mejorar día a día su calidad de vida.

Dentro de las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas encontramos que del 100% de las mujeres estudiadas entre las edades de 45 a 55 años; en ambas dimensiones, el 36,6% realizan prácticas de autocuidado, mientras que el 63,4% no realizan prácticas de autocuidado. Del cual inferimos que la

mayoría tiende a no cuidar de su salud ya que existe una diferencia notoria con las que si realizan prácticas de autocuidado.

Según Brunner y Suddardh. La promoción de los autocuidados puede considerarse como un proceso educativo que se basa en los principios de responsabilidad y conciencia de los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general, que la persona haga uso por si misma de los recursos que conserven y mejoren su bienestar general y calidad de vida acciones que realiza el sujeto encaminadas a permanecer sanos y que no requieran la participación del personal asistencial.²⁴.

Dentro de las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas encontramos que del 100% de las mujeres estudiadas entre las edades de 45 a 55 años; en la dimensión biológica; el 69,1% no realizan prácticas de autocuidado y el 30,9% realizan prácticas de autocuidado; en la dimensión psicosocial, el 59,2% no realizan prácticas de autocuidado y el 40,8 realizan prácticas de autocuidado (ver cuadro n° 02). Por lo que deducimos que las prácticas de autocuidado están más orientadas en la dimensión psicosocial como autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social en relación a la dimensión biológica que se debe reforzar en el aspecto nutricional, en las actividades físicas y el control médico.

Notamos entonces que es mayoritario el número de mujeres perimenopáusicas que no realizan prácticas de autocuidado, dado que la diferencia es notable con las que si realizan prácticas de autocuidado, encontrándose por lo tanto una tendencia a la no saludable lo cual es preocupante ya que afectará la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas e indica que la salud integral no está siendo custodiada.

Al respecto: Li y col.²⁵. Define a la perimenopausia como un período de la vida en la mujer comprendido entre la pre y la postmenopausia caracterizándose por la aparición de síntomas que pueden afectar a la salud de la mujer y sobre todo, a su calidad de vida y a medida que se acercan a los 50 años van incrementando en frecuencia e intensidad, lo cual implica que la mujer adulta va a experimentar cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de los cambios hormonales y del proceso de envejecimiento, que pueden verse complicados con la consecuente aparición de enfermedades crónicas degenerativas y otros que incrementa la morbilidad de la población femenina peri y postmenopáusicas pudiendo estas ser evitadas o aminoradas a través de medidas preventivas y prácticas de autocuidado saludables.

Dentro de las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas encontramos que del 100% de las mujeres estudiadas entre las edades de 45 a 55 años; en la dimensión biológica (nutrición, actividad física y control médico) en el aspecto nutricional el 95,8% realizan prácticas de autocuidado y el 4,2% no realizan prácticas de autocuidado (ver cuadro n° 03). Donde; el 71,8% consumen leche y sus derivados con menor frecuencia; el 77,5% consume con mayor frecuencia el café; el 93% consume con mayor frecuencia las verduras; el 50,7% consumen frecuentemente grasas saturadas como las frituras, el 95,8% no consumen suplementos de calcio; el 90,1% no consume licores.

Los seres humanos necesitamos, además del agua, una ingestión de alimentos variada y equilibrada. La razón es que no existe un único alimento que proporcione todos los nutrientes necesarios. El consumo regular de un conjunto de

alimentos debe proporcionar las cantidades adecuadas de proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales. La base de una buena nutrición reside en el equilibrio, la variedad y la moderación de nuestra alimentación. Pero, la alimentación moderna urbana es muy a menudo desequilibrada, desestructurada y se suele juntar con una vida cada vez más sedentaria, que provoca una baja condición físicas; mas cuando Ayacucho viene a ser una zona que cuenta con áreas geográficas con una gran variedad en la producción de productos de primera necesidad, lo cual tiene un alcance mayoritaria en la población por la oferta y demanda en nuestra región.

A nivel nutricional existe un 95,8% Que realizan prácticas de autocuidado inadecuadas en relación al consumo de suplementos vitamínicos y al consumo de calcio, según el doctor German Uriza.²⁶ La deficiencia hormonal introduce profundos cambios en el metabolismo del hueso, que se manifiestan por un incremento de la actividad osteoclástica y una disminución en el depósito de minerales, con el subsecuente incremento de la fragilidad del tejido. Aunque la matriz mineral ósea comienza a perderse a partir de los 30 a 35 años de edad, esta pérdida se acelera, de manera muy significativa, en los primeros años de la menopausia, pero con la alimentación rico en calcio es posible prevenir

Un déficit en el consumo de calcio y otros suplementos vitamínicos en las mujeres premenopáusicas y más en la perimenopausia que es donde se da mayor pérdida de calcio, suele ser preocupante por presentar un riesgo mayor de osteoporosis anticipadamente lo cual generará futuras lesiones en la mujer produciendo inactividad laboral, llegando a alterar su estado físico, emocional y familiar.

De acuerdo a estudios realizados por Kralle. A, Dawson. En su investigación "Fumar y pérdida ósea entre mujeres posmenopáusicas" ha demostrado que el tabaquismo y el abuso de bebidas alcohólicas son factores de riesgo importantes para la osteoporosis; también la excesiva ingestión de café es otro factor, por lo que resulta importante brindar asesoría a las mujeres con estos hábitos²⁷.

La cafeína es una sustancia psicoactiva ampliamente consumida, que incrementa la pérdida urinaria de calcio y disminuye su absorción intestinal.²⁸. La ingesta de bebidas que contienen cafeína se asocia de forma inconsistente con una menor DMO (densidad de masa ósea)²⁸.

Respecto a la actividad física el 53,5% no realizan prácticas de autocuidado y el 46,5% realizan prácticas de autocuidado (ver cuadro n° 03). Donde; el 95,8% no realiza ejercicios frecuentemente; el 54,9% no realiza caminatas 30 minutos diarios.

El ejercicio físico es importante en cualquier fase de la vida pero se convierte en imprescindible al llegar a la menopausia para prevenir los procesos arterioescleróticos. El efecto de la gravedad sobre el hueso y la fuerza de los músculos contraídos tienen un efecto positivo sobre el esqueleto.

Según Jiménez de Luque, el ejercicio físico previene la osteoporosis ayudando a la activación de los osteoblastos, células constructoras del hueso. Es especialmente interesante en las mujeres de mediana edad (perimenopáusicas), puesto que la actividad física propicia cambios hemodinámicos importantes, mejora la frecuencia cardíaca en reposo, y por tanto previene o mejora problemas de hipertensión. Mejora la circulación venosa de retorno y el bombeo muscular. El riesgo coronario es tres veces menor en la población activa que en la sedentaria.

Además mejora la relación entre masa muscular y tejido graso²⁹. Además ayuda a quemar calorías, evitando los depósitos de grasas y, consiguientemente, la obesidad. Previenen también la hipercolesterolemia²⁹.

La mayoría de las mujeres menopáusicas tienen un estilo de vida sedentario y la falta de tiempo es su mayor excusa; esto también se encuentra en el grupo de referencia del estudio realizado en Jaén con 20 mujeres con edades comprendidas entre 49 y 60 años que acuden al centro sanitario, a pesar de que la mayoría no tiene trabajo fuera de casa²¹

Respecto al control médico; el 97,2% no realizan prácticas de autocuidado y el 2,8% realizan prácticas de autocuidado. Donde el 97,2% no asiste a una consulta médica; el 94,4% no se realiza el control de presión arterial; el 95,8% no se realiza el control de peso; el 97,2% no se realiza el autoexamen de mamas; el 94,4% no se realiza el examen de papanicolaou.

Según Elizabeth m. Bastías Arriagada en su investigación titulada "conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de concepción, chile" concluye que la frecuencia con que asisten a controles de salud, un 38,5% responde que lo hacen cada seis meses, principalmente las mujeres que presentan historia de enfermedades crónicas (como hipertensión, diabetes u otros problemas endocrinos, así como la presencia de algún quiste o tumor). No obstante, la diferencia con las mujeres que asisten en forma anual a controles de salud, es pequeña (41,2%), cuyos motivos son similares a los mencionados anteriormente.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que la alimentación es importante y debe ser adecuada en este periodo de vida de la mujer, ya que

presenta modificaciones hormonales que originan un descenso en la absorción, utilización y de retención de minerales (calcio) los cuales seguidos de una alimentación inadecuada como el consumo de cafeínas, bebidas alcohólicas y los cigarrillos disminuyen la concentración de calcio en la masa ósea. Según los resultados las prácticas de actividades físicas, la mayoría de las mujeres no los realizan y esto genera un sedentarismo e incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la hipertensión arterial, etc. En relación al control médico se obtuvo que la mayoría de las mujeres en estudio, no acuden periódicamente al control médico solamente lo hacen cuando presentan alguna otra patología.

Dentro de las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas encontramos que del 100% de las mujeres estudiadas entre las edades de 45 a 55 años; en la dimensión psicosocial (Orientación por un profesional, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales, programación de actividades de la vida diaria, círculo social). (Ver cuadro n° 04). Respecto a la orientación por un profesional de salud el 97,2% no realizan prácticas de autocuidado y el 2,8% realizan prácticas de autocuidado.

Respecto a la autoestima el 77,5% realizan prácticas de autocuidado y el 22,5% no realizan prácticas de autocuidado. Donde el 71,8% cuida su apariencia; el 52,1% se consideran atractivas; el 66,2% se siente apreciada por los demás; 67,6% se sienten mal al ser criticada por terceros.

Al respecto el Dr. German Uriza Gutiérrez en su guías de práctica clínica basadas en la evidencia sobre menopausia como parte del proyecto ISS – ASCOFAME hace mención que durante la perimenopausia, entre 70% y 90% de las mujeres

experimentan cambios en su esfera psíquica que incluyen irritabilidad, depresión, alteraciones de la memoria reciente, gran variabilidad en el estado de ánimo. Los trastornos más relevantes comprometen la esfera afectiva, presentándose una marcada tendencia a la depresión, acompañada de un sentimiento de incapacidad e impotencia.

Respecto al estado de ánimo el 70,4% realizan prácticas de autocuidado y el 29,6% no realizan prácticas de autocuidado. Donde el 52,1% evitan situaciones que las entristezcan y el 47,9%; el 54,9% se tranquiliza cuando tiene problemas; el 53,5% no salen de casa para despejar su mente.

Al respecto María D. Martínez Garduño en su estudio Autocuidado de Mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México en sus resultados sobre el estado de ánimo de las mujeres en estudio el 30% manifiestan estar alegres, violentas 10% indiferentes 20%, optimistas 10%, melancólicas 10%; depresivas 20%. Por lo que se resuelve que no existe un impacto significativo en el estado de ánimo de las mujeres, pero existiendo un grupo minoritario que presenta un autocuidado negativo en su estado de ánimo el cual estaría condicionado a factores sociales.

Respecto a las relaciones interpersonales el 60.6% no realizan prácticas de autocuidado y el 39.4% realizan prácticas de autocuidado. Donde el 57,7%(41) conversa de sus sentimientos con su pareja; el 50,7% conversan de sus sentimientos con sus hijos; el 78,9% consideran no ser tomadas en cuenta en su familia, el 80,3% sienten que no es comprendida.

Sandra Muñoz Bravo en su investigación sobre "Vivencias de las mujeres durante la etapa de la menopausia" en sus resultados hace mención que cuando la mujer llega a la quinta década de la vida, inicia el periodo de la menopausia, momento

vital que obliga a mirarlo no solo desde el punto de vista personal (físico y psíquico), sino desde el proceso de la dinámica familiar y social; es necesario analizar como se relaciona la mujer consigo misma, valorar su potencial intelectual, emocional, afectivo y también su vida social.

Muchas mujeres a pesar de no contar con el apoyo y comprensión familiar para sobrellevar esta etapa, logran superarlo de acuerdo a su forma de pensamiento social es decir la forma de interpretar los acontecimientos de la vida diaria, la visión del mundo, lo cual la conducen a la realización de acciones y construcción de pensamientos positivos.

Otras de las causas por las cuales el apoyo familiar se encuentra limitado especialmente por parte de los hijos, se debe a que las mujeres en esta etapa poco le comentan a ellos lo que están padeciendo, para evitar preocuparlos o por que tal vez no las entenderían, puesto que ya sus intereses están dirigidos a otros campos según la edad en que se encuentren, como el estudio, el trabajo, sus amigos. El apoyo por parte de la pareja tiene relevancia, puesto que la mayoría de las entrevistadas afirma que este les ha permitido sobrellevar este proceso; ya que la comunicación entre ellos es mejor y piensan que es una etapa que solo debe afrontar la pareja.

De acuerdo a los resultados, coincidimos con la autora anterior que se manifiestan una inadecuada relación intra y extra familiar, lo que origina un deterioro en el estado de ánimo, autoestima; manifestado por una falta de comprensión por los miembros de la familia y conocidos ocasionando un deterioro en la salud psicológica de la mujer y posteriormente a los demás miembros de la familia.

CONCLUSIONES

- 1.- El objetivo del presente estudio fue identificar prácticas de autocuidado en las mujeres perimenopáusicas del barrio de Miraflores, san Juan Bautista, demostrando que existe un déficit de autocuidado, donde el 63,4% no realizan prácticas de autocuidado y el 36,6% realizan prácticas de autocuidado
- 2.- La mayoría de las mujeres perimenopáusicas, no realizan prácticas de autocuidado, siendo la dimensión biológica en un 69,1% del total de mujeres en estudio en comparación con la dimensión psicosocial con un 59,2% . Por lo que las prácticas de autocuidado están más orientadas en la dimensión psicosocial como autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social en relación a la dimensión biológica que se debe reforzar en el aspecto nutricional, en las actividades físicas y el control médico.
- 3.- En la dimensión biológica las prácticas de autocuidado en las mujeres perimenopáusicas están más orientadas al aspecto nutricional con un déficit de autocuidado en las actividades físicas y control médico. Donde:

En el aspecto nutricional las prácticas de autocuidado las realizan en su mayoría 95,8%, pero las que no realizan se da porque hay un reducido consumo de leche y sus derivados, el no consumo de suplementos de calcio, pescado y un incremento consumo de grasas saturadas.

En la actividad física las que no realizan prácticas de autocuidado son el 88,7% se da porque la mayoría de las mujeres perimenopáusicas no realizan ejercicios ni caminatas.

En el control médico las que no realizan prácticas de autocuidado son el 97,2% se da por que la mayoría de las mujeres perimenopáusicas no acuden a realizarse un chequeo médico, no se controlan su presión arterial, su peso, no se realizan autoexamen de mamas y no acuden a realizarse el examen de Papanicolaou.

- 4.- En la dimensión psicosocial las mujeres perimenopáusicas no realizan prácticas de autocuidado en un 59,2%. Donde:

En la orientación por un profesional de salud, las que no realizan las prácticas de autocuidado son el 97,2%; esto se da por que la mayoría de las mujeres perimenopáusicas no reciben consejería de un profesional de salud.

En lo referente a la autoestima las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas son el 78,9%, pero las que no realizan prácticas de autocuidado se da porque se sienten mal cuando son criticadas por terceros y no se sienten atractivas.

En el estado de ánimo las prácticas que realizan las mujeres perimenopáusicas son el 77,5% esto se da por que la mayoría evita situaciones que les entristezcan y guardan la calma cuando tienen problemas.

En las relaciones interpersonales las prácticas de autocuidado que no realizan las mujeres perimenopáusicas en su mayoría son el 90,1% esto debido a que sienten que no son tomadas en cuenta en su familia y que su pareja e hijos no la comprenden.

En la programación de actividades de la vida diaria las prácticas de autocuidado que no realizan las mujeres perimenopáusicas en su mayoría son el 69% esto se da por que muy pocas tratan de aprender algo nuevo y utilizan un blok de notas para programar sus actividades.

Con respecto al círculo social las prácticas de autocuidado que no realizan las mujeres perimenopáusicas en su mayoría son el 83% esto se da porque no asisten a reuniones de colegios, vaso de leche y no participan en actividades recreativas con la familia o vecinos.

RECOMENDACIONES

1. Este suceso fisiológico brinda la oportunidad a las instituciones de salud e instituciones educadoras como la universidad de incluir a las mujeres en programas de salud preventivos, que conserven o inclusive mejoren su calidad de vida. La perimenopausia como parte de la menopausia debe de ser vista no solo como un proceso fisiológico, debe ser tomada en cuenta como un proceso que involucra a los miembros de la familia por lo que necesita una mayor comprensión de esta etapa en la vida de la mujer la cual es crucial para su salud.
2. En general los resultados plantean la necesidad de estar atentos con el proceso de evaluación clínica de la mujer adulta, y realizar valoraciones integrales de enfermería que permitan obtener información que influyen en sus condiciones de salud, para brindar una atención de enfermería óptima, de tal manera que la mujer en esta edad logre una mayor conciencia de la importancia del autocuidado, realice actividades saludables y procure mejorar día a día su calidad de vida.
3. Incidir en las actividades promocionales de estilos de vida saludable, orientada principalmente a la actividad física y formas de relajación, alimentación adecuada, controles médicos periódicos. De igual manera enfatizar en la información y educación a las mujeres de este grupo de edad, promoviendo conductas de autocuidado saludables.
4. Mayor énfasis en la educación para la salud, porque uno de los factores imprescindibles para el autocuidado es el conocimiento con que se cuente, de ahí la importancia de que la enfermera asuma un papel de educadora

más dinámico planeando, ejecutando y evaluando programas de intervención para facilitar el desarrollo de los individuos de manera individual y grupal en el cuidado de la salud.

“Si pudiéramos dar a cada individuo la **cantidad exacta de alimento y ejercicio**, ni demasiado, ni demasiado poco, habríamos encontrado el camino más seguro hacia la **salud**”.Hipócrates (460-380 a.C.)

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. SISELES, N; Et Al.. "Impacto de la menopausia sobre calidad y expectativa de vida de la mujer en la mediana edad". Universidad de Buenos Aires, Argentina. 2001
2. COLLIERE MF. "Promover la vida. México" (DF): Interamericana; 2003
3. LANGEITLA, Urrutia. "Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de atención primaria de la salud": la contribución de las instituciones de salud en América Latina. [citado 2006]. Disponible en: URL: <http://pwehi.bsalud.or/dol/docsonline/get.php?id=233>
4. OREM, Dorotea. "Conceptos de enfermería en la práctica". México (DF): Masson Salvat; 2003.
5. GRAW Hill; "Papalia de desarrollo humano". México (df): mc.; 2005.
6. ARRIAGADA y GONZÁLEZ 2004. "Documento de Consejería y Autocuidado, Universidad de Chile", Pág. 73.
7. ROJAS, Sandra "Practicas de autocuidado realizados por mujeres premenopáusicas del asentamiento humano Cerro Del Sauce Alto el cual fue realizado en el distrito de San Juan De Lurigancho"
8. BERSH, citado por Leddy Susan Pepper, Mae. "Bases conceptuales de la enfermería profesional". 1989, p. 201
9. COLIMONCAHL, Martín. "Fundamentos de epidemiología. Medellín, 1975. Citado por: LOZADA, María Amparo. "Salud ocupacional, la salud ocupacional en la práctica de la salud". Bogota: ISS-ASCOFAME, 1991, pg. 27

10. Instituto de capacitación y proyectos en salud 2001 "Atención integral y especializada – osteoporosis y climaterio" pág. 47
11. OMS Op cit. "Primera conferencia internacional sobre promoción de la Salud. Canadá", noviembre 1986.
12. WHO, "Scientific Group. Research on the menopause in the 1990's". WHO. Geneve 1996; 866:1-79.
13. SISELES, N; PECCI, C; CANDAL, L; Gutiérrez, P. "Impacto de la menopausia sobre calidad y expectativa de vida de la mujer en la mediana edad". Universidad de Buenos Aires, Argentina. 2001.
14. The American College of Obstetricians "Transiciones de La Edad Mediana: de la Perimenopausia a la Menopausia".
15. The Permanente Medical Group, Inc. "La mujer en la mediana edad y la menopausia una guía de kaiser permanente para las mujeres" 2008
16. Gold Eb, Sternfeld B, Kelsey JI, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. "Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age". Am J Epidemiol 2000; 152: 463-473.
17. GARZÓN SÁNCHEZ N. "Educación Sanitaria en al menopausia". Hygia. 2003 1er Cuatrimestre. Año XV. 53:18-21
18. GOBERNATRICES J. "Osteoporosis y Climaterio". Rev Rol Enferm. 2001;24(2):105-111
19. JIMÉNEZ de LUQUE MP. "Vivir la Menopausia en salud". Rev Rol Enferm. 1994 octubre; 194:59-62

20. LLOYD T, et. al. "Dietary caffeine intake and bone status of postmenopausal women". Am J Clin Nutr 1997; 65: 1826-1830.
21. ÁLVAREZ, Blanca Gutiérrez JJ. "Programa de educación para la salud en la menopausia". Inquietudes. 2003 Diciembre. 8(28): 17-23.
22. Guía de Kaiser Permanente para las Mujeres " La mujer en la mediana edad y la menopausia" pag. 10
23. Censo poblacional por grupo de edad, por establecimientos y comunidades, Direccion Regional de Salud Ayacucho Año: 2012.
24. BRUNNER y SUDDARTH. (1998). "Manual de Enfermería". cuarta edición. Tomo II. México: Editorial Interamericana.
25. LI, S., HOLM, K., GULANICK, M. y cols. (2000). "Perimenopause and the Quality of Life". Clinical Nursing Research, vol. 9, No 1, pp. 6-26.
26. Dr. URIZA, German "Menopausia" Asociación Colombiana De Facultades De Medicina humana pág. 26
27. KRALL Ea, Dawson-Hughes B. "Smoking and bone loss among postmenopausal women". J Bone Miner Res 1991; 6:331-8.
28. LLOYD T, ROLLINGS N, Et. Al "Dietary caffeine intake and bone status of postmenopausal women" .Am J Clin Nutr 1997; 65: 1826-1830.
Barrett-Connor E. Chang JC, Edelstein SL. Coffee-Associated Osteoporosis
29. GOBERNA TRICAS J. "Osteoporosis y Climaterio". Rev Rol Enferm. 2001;24(2):105-111

BIBLIOGRAFÍA

1. **AYUBI - MOAK I, PARRY B.** Psychiatric Aspects of menopause. Depression. In: Kornstein S, Clayton A. Women's mental health. 1ª ed. New York: The Guilford Press; 2002, pp. 132-143.
2. **BASTÍAS ARRIAGADA ELIZABETH M., SANHUEZA ALVARADO OLIVIA.** Conductas De Autocuidado Y Manifestaciones Perimenopáusicas En Mujeres De La Comuna De Concepción, Chile. Cienc. Enferm. [revista en la internet]. 2004 disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532004000100006&lng=es. doi: 10.4067/s0717-95532004000100006.
3. **BERSH,** citado por Leddy Susan Pepper, Mae. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1989, p. 201
4. **BUNGE; Mario** "Ciencia técnica y desarrollo, Buenos Aires. 1997
5. **CARTA DE OTTAWA.** "Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud". Canadá, noviembre 1986
6. **COLIMONCAHL, Martín.** "Fundamentos de epidemiología. Medellín", 1975. Citado por: Lozada, María Amparo. Salud ocupacional, la salud ocupacional en la práctica de la salud. Bogotá: ISS-ASCOFAME, 1991., PG. 27
7. **CORREA, Jhon A. Y ET. AL** "Calidad de vida y autocuidado en mujeres perimenopausia que laboran en una institución universitaria de Pereira", año 2008
8. **DICCIONARIO DE MEDICINA OCÉANO MOSBY,** Versión en español edición editorial océano, España.

9. **DE LOS ÁNGELES ALONSO, GISELA, ET. AL** (2012) “Actividad física, salud y calidad de vida de mujeres en climaterio en sibanicú. Efdeportes.com, Revista digital. Buenos Aires, año 17, nº 167.
10. **DR. GERMÁN URIZA Y ET. AL** “Guías De Practica Clínica Basadas en la evidencia , menopausia” ProyectoIss – Ascofame, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina- Ascofame
11. **DR. LUGONES BOTELL, MIGUEL, ET. AL** “Caracterización de la mujer en la etapa del Climaterio” Policlínico Docente Revista Cubana Obstétrica Ginecológica
12. **FADIMAN, James Y FRAGER, Robert.** Teorías de la personalidad. México: charla. 1979.
13. **GESTIÓN MÉDICA.** □Prevención es clave en la atención integral de la mujer menopáusica, periódico para los profesionales de la salud□. Edición 465, año 11.lunes 26 de junio al 2 de julio del 2006. Perú 2006. Pág. 17.
14. **HEREDIA MV.** "La menopausia vista desde diferentes épocas y culturas". rol enf.2003; 26 (1): 46-47.
15. **HERNÁNDEZ, Roberto, FERNÁNDEZ; Carlos** “Metodología de la Investigación Científica" tercera, cuarta y quinta Edición. Editorial MC Graw Hill. México
16. **INSTITUTO DE CAPACITACIÓN Y PROYECTOS EN SALUD** 2001 “Atención Integral y Especializada – Osteoporosis y Climaterio”
17. **JADRESIC E.** Depresión y ciclo reproductivo de la mujer. En: retamal c. Depresión. Clínica y terapéutica. 1ª ed. Santiago: mediterráneo; 2003, pp. 139-163.

18. **JASZMANN L.** "Epidemiology Of Climateric And Post climacteric Complaints". En Van Keep PA, Lauritzen C (ED). Ageing and estrogens. Front. Horm. Res. (Karger, Basilea) 1973;2:22-34
19. **KESSENICH CR.** "Mitos y realidades acerca de la menopausia". Revista nursing. 1999; 53.
20. **LIZUARES, Dina.** "Ayacucho, Análisis de situación en Población" Gobierno Regional de Ayacucho, 2009
21. **LI S, ET AL.** "Perimenopause: the Transition Into Menopause". Health care women int1996; 17:293-306
22. **LOSOVIZ A.** "Menopausia ¿qué me está pasando? mitos y realidades del climaterio. actualidades en psicología". 2000; 19 (106): 168-69
23. **MARTÍNEZ; María., Y ET. AL** "Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca", México, 2008
24. **MASTERS W., JOHNSON V.** El vínculo del placer. Editorial Grijalbo, bs. As. 1977
25. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** "Investigaciones sobre la menopausia". informe de un grupo científico de la OMS. ginebra: OMS; 1981. serie de informes técnicos: 670.
26. **MORSE CA.** "Menopause transition. proceeding of the 8th international congress on the menopause"; 1996 nov 3-7; Sydney. International Menopause Society;1996.
27. **OREM, Dorotea** "Teorías": Disponible en Url <Http://www.terra.es/personal/duenas/teorias3.htm>

28. **PACHECO, JOSÉ.** □Ginecología y obstetricia, editores asociados□.
Lima Perú, 2000. Pág. 424.
29. **PARRILLA JJ.** “Anticoncepción en la Perimenopausia”. EN: EL
climaterio. ED. Navarro J. y Col. Masson S.A. Barcelona.1999:129-141
30. **PELLICER, Prior (2012)** “El Logro de La madurez femenina: La
Experiencia del climaterio en un grupo de mujeres” [tesis doctoral].
Murcia: Servicio de Publicaciones DIEGO MARÍN, Universidad de
Murcia.
31. **ROGERS, Martha** Disponible En: Disponible en URL
<http://www.terra.es/personal/duenas/teorias6.htm>
32. **ROJAS, Sandra.** (2001) “Prácticas de autocuidado que realizan las
mujeres premenopáusicas del asentamiento humano cerro el sauce alto del
distrito de san Juan de Lurigancho. Tesis para optar título de licenciada en
enfermería. UNMSM. lima –Perú.
33. **SÁNCHEZ, Rafael** “Perimenopausia el climaterio desde su inicio”
Asociación Española para el estudio de la menopausia
34. **SCHMIDT P, ET AL.** “Basal and stimulated gonadotrofin levels in the
perimenopause”. am J ObstetGynecol1996; 175:643-650.
35. **SÍSELES; PECCI, C; CANDAL, L; GUTIÉRREZ, P.** l"mpacto de la
menopausia sobre calidad y expectativa de vida de la mujer en la mediana
edad". Universidad de buenos aires, Argentina. 2001 Disponible en:
http://www.aagop.com.ar/articulos/calidad_de_vida22-07-05.pdf

36. **SPEROFF L, ET AL.** "Menopause and the Perimenopausal transition".
En: Clinical gynecologic endocrinology and Infertility. 6^a Ed. Speroff L,
Et Al. (ED). Williams andWilkins.1999:643-724
37. **STUDDJ WW.** "Hormones and depression. Proceeding of the 8th
International Congress On the Menopause"; 1996 Nov 3-7; Sydney.
International Menopause Society;1996
38. **WHO SCIENTIFIC GROUP.** "Research on the menopause in the
1990""S.WHO.Geneve 1996; 866:1-79.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

PARTICIPANTE:.....

GUÍA DE ENTREVISTA

1. PRESENTACIÓN:

Buenas días, nosotros somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Mediante el presente, le solicitamos a usted su consentimiento con el fin de hacerle algunas preguntas, como parte de un estudio de investigación con el objetivo de identificar las prácticas de autocuidado en las mujeres perimenopáusicas en su comunidad, agradecemos de antemano su participación, teniendo en cuenta que será de carácter anónimo.

2. INSTRUCCIONES:

A continuación le presento las siguientes preguntas, cada una de ellas con 5 posibles repuestas, las cuales se encuentran especificadas por pregunta.

N	: nunca	: nunca lo realiza.
C.N	: casi nunca	: una a dos veces a la semana lo realiza
R:	regular	: 3 veces a la semana lo realiza.
C.S:	casi siempre	: 4 a 6 veces a la semana lo realiza.
S:	siempre	: todos los días lo realiza.

Lo referente al control médico y a la atención psicológica las alternativas son las siguientes:

N:	nunca	: nunca lo realiza
C.N:	casi nunca	: una vez al año
R:	regular	: 2 veces al año
C.S.:	casi siempre	: 3 a 4 veces al año
S:	siempre	: + de 4 veces al año

Lo referente al consumo de licor y cigarrillos las alternativas son las siguientes

N:	nunca	: nunca lo realiza
C.N:	casi nunca	: una vez al mes
R:	regular	: 2 veces al mes
C.S:	casi siempre	: 3 veces al mes
S:	siempre	: + de 3 veces al mes

3. DATOS GENERALES

EDAD: _____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Sin instrucción	()	Secundaria	()
Primaria	()	Superior	()

OCUPACIÓN:

Ama de casa	()	Trabajo estable	()
Trabajos eventuales	()		

ESTADO CIVIL:

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

RELIGIÓN:

Católica	()
Otra religión	()

4. DATOS ESPECÍFICOS

La guía de entrevista contiene preguntas acerca de nutrición, actividades físicas, orientación por un profesional de salud, autoestima, estado de ánimo, programación de actividades de la vida diaria, relaciones interpersonales y sociales.

a. DIMENSIÓN BIOLÓGICA

Ítems	Respuestas				
1.1. Nutrición	N	CN	R	CS	S
1. ¿Consume Ud. leche o sus derivados?					
2. ¿Consume Ud. café?					
3. ¿Consume usted frutas?					
4. ¿Consume Ud. pescado?					
5. ¿Con que frecuencia consume Ud. verduras?					
6. ¿Consume usted huevos, (con toda su yema)?					
7. Consume usted frituras (como papas fritas, pollo fritos. etc.)					
8. ¿Consume Ud. carne de pollo con toda su piel?					
9. ¿Consume usted mantequillas y margarinas?					
10. ¿Consume usted suplementos vitamínicos (como tabletas de calcio, sulfato ferroso, etc.)?					
11. ¿Consume usted licores, como: cerveza, ron, caña, alcohol?	N	1 VEZ AL MES	2 VECES AL MES	3 VECES AL MES	+ DE 3 VECES AL MES
12. ¿Fuma Ud. cigarrillos?					

1.2 Actividad física	Respuestas				
	1	2	3	4	5
	N	CN	R	CS	S
1. ¿Realiza Ud. ejercicios?					
2. ¿Realiza Ud. caminatas de por lo menos 30 min (sin apuros en plan de distracción)?					

1.3 Control médico	Respuestas				
	1	2	3	4	5
	N	CN	R	CS	S
1. ¿Asiste Ud. a consultas medicas?					
2. ¿Se controla Ud. La presión arterial?					
3. ¿Se controla el peso?					
4. ¿Se realiza Ud. auto examen de mamas?					
5. ¿Asiste Ud. a su examen de Papanicolaou?					

2. DIMENSIÓN PSICOSOCIAL

2.1. Orientación por un profesional	Respuestas				
	1	2	3	4	5
	N	CN	R	CS	S
1. ¿Recibe o ha recibido usted consejería del profesional de salud?					

2.2 Autoestima	Respuestas				
	1	2	3	4	5
	N	CN	R	CS	S
1. ¿Cuida Ud. su apariencia personal?					
2. ¿Se considera Ud. atractiva?					
3. ¿Se siente Ud. importante?					
4. ¿Se siente Ud. apreciada por los demás?					
5. ¿Se siente mal cuando es criticada por terceros?					

2.3.Estado de ánimo	Respuestas				
	1	2	3	4	5
	N	CN	R	CS	S
1. ¿Trata Ud. de evitar situaciones que la depriman?					
2. ¿Trata Ud. De mantener la calma cuando tiene problemas?					

3. ¿Con que frecuencia sale Ud. de casa para despejar su mente?					
---	--	--	--	--	--

2.4.Relaciones interpersonales	Respuestas				
	1	2	3	4	5
	N	CN	R	CS	S
1. ¿Conversa Ud. de sus sentimientos (alegrías, tristezas, preocupaciones, etc.) con su algún miembro de su familia?					
2. ¿Conversa Ud. de sus sentimientos con amistades?					
3. ¿Siente que no es tomada en cuenta en su familia?					
4. ¿Siente que su pareja e hijos no la comprende?					

2.5.programación de actividades de la vida diaria	Respuestas				
	1	2	3	4	5
	N	CN	R	CS	S
1. ¿Trata Ud. de aprender algo nuevo?					
2. ¿utiliza Ud. un block de notas para programar sus actividades?					

2.6.Circulo social	Respuestas				
	1	2	3	4	5
	N	CN	R	CS	S
1. ¿Asiste Ud. a fiestas familiares (como polladas, bailes,)?					
2. ¿Asiste Ud. a reuniones en su comunidad (con los vecinos, colegios, vaso de leche, etc.)?					
3. ¿Participa Ud. de actividades recreativas con familia o vecinos (vóley, paseos con su pareja, etc.)?					

Se le agradece su colaboración

Fuente: Rojas Cabana, Sandra en su investigación realizada para optar título de Licenciada en Enfermería

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se realizó la prueba pilotoa un total de 12 mujeres para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizo los datos obtenidos en la prueba de α de Grombach.

$\sum S^2$: 56,90

K: # de ítems: 37

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_T^2} \right]$$

$$\alpha = \frac{37}{37-1} \left[1 - \frac{56,90}{439,80} \right]$$

$\square = 1,028 (0,87)$

$\alpha = 0,89$

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

De acuerdo a la escala este instrumento es confiable¹

$\sum S^2$: 56,90

¹⁸. RUIZ, Carlos (2008). Confiabilidad. Venezuela: Programa Interinstitucional Doctorado en Educación. Universidad Pedagógica Experimental Libertador

RESULTADO DE PRUEBA PILOTO

	DIMENSION BIOLOGIA																			DIMENSION PSICOSOCIAL																	
items	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	AF	AF	CM	CM	CM	CM	CM	AP	AU	AU	AU	AU	AU	EA	EA	EA	RI	RI	RI	RI	AV	AV	CS	CS	CS
participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	2	2	1	1	3	1	3	2	2	2	3	1
2	4	5	5	5	5	5	3	4	5	1	1	1	3	3	2	2	2	3	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	1	4	4	1	3	3	3
3	3	5	4	4	5	4	4	5	5	1	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	1	1	2	3	1
4	3	4	5	3	4	2	3	3	2	1	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	5	1	4	4	4	5	3	4	3	3	4	4	5	4
5	3	4	5	3	2	2	3	1	4	1	4	5	2	3	2	1	1	1	1	1	4	4	3	3	2	3	2	2	4	3	2	3	1	1	2	3	1
6	4	5	5	2	3	3	3	5	4	3	5	5	1	5	2	2	2	2	2	2	4	5	4	5	1	5	2	3	1	1	2	3	3	1	2	3	5
7	4	4	5	2	2	5	4	5	3	5	4	5	3	3	1	2	1	1	5	3	5	5	2	5	1	1	2	2	5	5	5	4	5	4	1	5	5
8	2	2	4	2	5	2	3	5	5	1	3	5	2	5	1	3	3	1	1	2	5	5	1	2	5	3	4	5	5	5	1	1	5	3	2	1	3
9	2	4	4	2	5	4	4	4	4	1	4	4	1	5	1	1	2	3	1	1	5	5	5	3	4	3	5	3	5	5	3	3	4	5	2	1	5
10	5	5	5	2	5	1	1	2	3	3	5	5	1	3	1	2	1	2	2	1	4	4	5	5	1	5	5	3	3	3	3	3	1	1	1	3	3
σ ²	0,96	1,69	0,84	1,24	2,21	2,09	0,80	2,45	1,21	1,76	2,04	2,49	1,60	2,01	0,84	0,89	0,96	1,09	2,29	0,96	0,89	0,45	1,45	1,20	2,24	1,44	1,65	1,29	2,36	1,61	1,84	0,69	2,29	2,21	0,69	1,69	2,49
SUMATORIA DE VARIANZAS																56,90																					

N	NUTRICION
AF	ACTIVIDAD FISICA
CM	CONTROL MEDICO
AP	ORIENTACION PROFESIONAL
AU	AUTOESTIMA
EA	ESTADO DE ANIMO
RI	RELACIONES INTERPERSONALES
AV	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
CS	CIRCULO SOCIAL

VALORES DEL PUNTAJE PARA ESTABLECER EL TIPO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO GENERAL	37 preguntas
Realizan prácticas de autocuidado	112 - 185
No realizan prácticas de autocuidado	37 - 185

DIMENSIÓN BIOLÓGICO	19 preguntas
Realizan prácticas de autocuidado	58 - 95
No realizan prácticas de autocuidado	19 - 57

DIMENSIÓN PSICOSOCIAL	18 preguntas
Realizan prácticas de autocuidado	55 - 90
No realizan prácticas de autocuidado	18 - 54

Resultados obtenidos a través de la utilización de la fórmula de rango y la determinación del valor fue utilizando la formula de baremos:

Rango: 187 – 37 obtenemos 148 de rango

Nº de clases: 2

$$\text{Baremos} = \frac{\text{Rango}}{\text{Nº de clases}}$$

$$\text{Baremos} = \frac{148}{2}$$

Baremos: 74

Entonces 74 + 37 =111

Por lo que los valores de las que realizan prácticas de autocuidado y no realizan prácticas de autocuidado son:

Realizan prácticas de autocuidado 112 - 185

No realizan prácticas de autocuidado 37 – 111

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIOLOGÍA EN
MUJERES PERIMENOPÁUSICAS DEL BARRIO DE MIRAFLORES, DISTRITO
DE SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2012.**

1. Nutrición	Realizan		No realizan		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. ¿Consume Ud. leche o sus derivados?	20	28.2	51	71.8	71	100
2. ¿Consume Ud. café?	55	77.5	16	22.5	71	100
3. ¿Consume Ud. frutas?	51	71.8	20	28.2	71	100
4. ¿Consume Ud. pescado?	6	8.5	65	91.5	71	100
5. ¿Con que frecuencia consume Ud. verduras?	66	93	5	7	71	100
6. ¿Consume Ud. huevos, (con toda su yema)?	27	38	44	62	71	100
7. Consume Ud. frituras (como papas fritas, pollos fritos. Etc.)	35	49.3	36	50.7	71	100
8. ¿Consume Ud. carne de pollo con toda su piel?	39	54.9	32	45.1	71	100
9. ¿Consume Ud. mantequillas y margarinas?	46	64.8	25	35.2	71	100
10. ¿Consume usted suplementos vitamínicos (como tabletas de calcio, sulfato ferroso, etc.)?	3	4.2	68	95.8	71	100
11. ¿Consume Ud. licores, como: cerveza, ron, caña, alcohol?	64	90.1	7	9.9	71	100
12. ¿Fuma Ud. cigarrillos?	71	100	0	0	71	100
2. Actividad física						
1. ¿Realiza Ud. ejercicios?	3	4.2	68	95.8	71	100
2. ¿Realiza Ud. caminatas de por lo menos 30 min (sin apuros en plan de distracción)?	32	45.1	39	54.9	71	100
3. Control médico						
1. ¿Asiste Ud. a consultas médicas?	2	2.8	69	97.2	71	100
2. ¿Se controla Ud. la presión arterial?	4	5.6	67	94.4	71	100
3. ¿Se controla el peso?	3	4.2	68	95.8	71	100
4. ¿Se realiza Ud. auto examen de mamas?	2	2.8	69	97.2	71	100
5. ¿Asiste Ud. a su examen de Papanicolaou?	4	5.6	67	94.4	71	100

FUENTE: guía de entrevista aplicada a las mujeres perimenopáusicas del barrio de Miraflores, Distrito de San Juan Bautista, 2012.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS DEL BARRIO DE MIRAFLORES, DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2012.

1. Orientación por un profesional	Realizan		No realizan		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. ¿Recibe o ha recibido Ud. consejería de profesional de salud?	2	2.8	69	97.2	71	100
2. Autoestima						
1. ¿Cuida Ud. su apariencia personal?	51	71.8	20	28.2	71	100
2. ¿Se considera Ud. atractiva?	34	47.9	37	52.1	71	100
3. ¿Se siente Ud. importante?	39	54.9	32	45.1	71	100
4. ¿Se siente Ud. apreciada por los demás?	47	66.2	24	33.8	71	100
5. ¿Se siente mal cuando es criticada por terceros?	23	32.4	48	67.6	71	100
3. Estado de ánimo						
1. ¿Trata Ud. de evitar situaciones que la entristezcan?	37	52.1	34	47.9	71	100
2. ¿Trata Ud. de tranquilizarse cuando tiene problemas?	39	54.9	32	45.1	71	100
3. ¿Con que frecuencia sale Ud. de casa para despejar su mente?	33	46.5	38	53.5	71	100
4. Relaciones interpersonales						
1. ¿Conversa Ud. de sus sentimientos (alegrías, tristezas, preocupaciones, etc.) con su pareja?	41	57.7	30	42.3	71	100
2. ¿Conversa Ud. de sus sentimientos con sus hijos?	36	50.7	35	49.3	71	100
3. ¿Siente que no es tomada en cuenta en su familia?	15	21.1	56	78.9	71	100
4. ¿Siente que su pareja e hijos no la comprende?	14	19.7	57	80.3	71	100
5. Programación de actividades de la vida diaria						
1. ¿Trata Ud. de aprender algo nuevo?	30	42.3	41	57.7	71	100
2. ¿Utiliza Ud. un block de notas para programar sus actividades?	20	28.2	51	71.8	71	100
6. Circulo social						