



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA



**Afiliada a la Universidad Ricardo Palma**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE  
AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES  
PRE-MENOPAÚSICAS QUE ACUDEN AL  
HOSPITAL DE HUAYCÁN  
FEBRERO 2016**

Tesis para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería

Daisy Angela Huamaní Mendoza  
Karen Lesley Yactayo Auccapiña

**Lima – Perú**

**2016**

Huamaní Mendoza, Daisy Angela

Yactayo Auccapiña, Karen Lesley

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE  
AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES  
PRE-MENOPAÚSICAS  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE HUAYCÁN  
FEBRERO 2016**

Asesora: Mg. Luz Olinda Fernández Henríquez

**Lima – Perú**

**2016**

# AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza por abrirnos las puertas de tan prestigiosa institución y hacer de nosotras profesionales con valores y brindar así una atención humanizada.

A nuestra maestra, Mg. Luz Fernández Henríquez, por su gran apoyo y motivación para culminar nuestros estudios profesionales y esta tesis.

Al Hospital de Huaycán y al personal encargado por permitirnos realizar nuestro proyecto de investigación en sus ambientes y orientarnos. Así mismo también a las mujeres que cooperaron con la realización de dicha tesis.

*A Dios, a mis padres, hija, novio, amigos y  
compañeros de trabajo, por ser el apoyo y  
la fuerza que me permitieron seguir en el  
camino a pesar de las adversidades.*

*A mis padres por siempre haber confiado y  
apostado en mí a pesar de mis errores,  
motivándome, brindándome su amor infinito y  
ejemplo.*

*A mi novio por ser siempre mi gran apoyo  
incondicional y motivación para lograr  
nuestros objetivos juntos y a mi pequeña  
Abigail por ser fuente de nuestra motivación.*

## RESUMEN

**Introducción:** En el mundo actual, la mujer vive ahora la tercera parte de su vida en el climaterio, por el aumento en su expectativa de vida. Es en esta etapa donde se da diversos cambios: biológicos, psicológicos y sociales que cada mujer lo experimentará de una forma individual y única. Por todo esto, el estudio es fundamental para que las mujeres puedan contribuir al mantenimiento integral de su salud. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre-menopáusicas que acuden al Hospital de Huaycán, 2016. **Material y Métodos:** El enfoque de la investigación es cuantitativo, el tipo aplicada y el método no experimental, de diseño descriptivo; de corte transversal, se trabajó en una muestra de 317 mujeres de 35 a 45 años de edad, que acuden al Hospital de Huaycán, aplicó la técnica de la encuesta mediante un cuestionario que constó de 15 preguntas cerradas dicotómicas para medir el nivel de conocimiento sobre el autocuidado y 21 preguntas cerradas de opción múltiple para medir las prácticas de autocuidado. **Resultados:** Las mujeres en la etapa de la pre menopausia se encuentran en su mayoría con edades entre 41 a 45 años (65%), presentando un nivel de conocimiento bajo sobre el autocuidado (47%), con respecto a los conceptos generales 46% y en medidas de autocuidado 51% y por lo tanto tienen una práctica inadecuada de autocuidado 65%. **Conclusión:** El nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidados en las mujeres pre-menopáusicas de la Comunidad Autogestionaria de Huaycán son bajos y las prácticas de autocuidado en la dimensión biológica, psicológicas y sociales son inadecuadas.

**Palabras Clave:** Conocimiento, prácticas de autocuidado y mujer pre-menopáusica.

## SUMMARY

**Introduction:** In today's world, she now lives a third of his life in the climacteric, by the increase in life expectancy. It is at this stage are changes various biological, psychological and social that every woman will experience an individual and unique way. For all this, the study is essential for women to contribute to the overall health maintenance. **Objective:** To determine the level of knowledge and self-care practices that perform pre-menopausal women who come to the Hospital of Huaycán, 2016.

**Material and Methods:** The research approach is quantitative, the applied type and non-experimental method of descriptive design; cross-sectional, we worked on a sample of 317 women aged 35 to 45 years old, who come to the Hospital of Huaycán, applied the technique of the survey through a questionnaire consisted of 15 closed questions dummy to measure the level of knowledge about self-care and 22 closed multiple choice questions to measure self-care practices. **Results:** Women in the stage of pre menopause are mostly aged 41 to 45 years 65% presenting a level of knowledge low on self-care 47% compared to the general concepts 46% and self-care measures 51 % (162) and therefore have inadequate self practice 65% (205). **Conclusion:** The level of knowledge about self-care practices in pre-menopausal women self-managed community Huaycán are low and self-care practices in the biological, psychological and social dimensions are inadequate.

**Keywords:** Knowledge, self-care practices and pre-menopausal women.

## INDICE

CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA.....	3
EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
OBJETIVOS.....	7
1.3.1. Objetivo general .....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO .....	10
ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	10
2.2 ANTECEDENTES NACIONALES .....	11
2.3 BASE TEÓRICA.....	12
2.3.1 Conocimiento .....	12
2.3.2 Mujeres en la pre- menopausia.....	14
2.3.3 AUTOCUIDADO.....	27
Definición de términos .....	41
2.5 Variables y Operacionalización de las variables .....	42
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA.....	43
3.1 Enfoque de la Investigación .....	43
3.2 Tipo y Método de Investigación.....	43
3.3 Diseño de Investigación.....	43
Lugar de ejecución de la investigación.....	44
Población, Muestra, Selección y Unidad de Análisis.....	45
3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	46
Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	46
Procedimiento de recolección de datos .....	48
Aspectos Éticos .....	48
Análisis de datos.....	49
CAPÍTULO 4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	51
4.1 Resultados.....	51
4.2 Discusión .....	56
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	61
5.1 Conclusiones.....	61
5.2 Recomendaciones .....	61



# CAPÍTULO 1

## EL PROBLEMA

### **EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente se promueve la salud basándose en recomendaciones surgidas de las evidencias clínicas y epidemiológicas dirigidas a la prevención de procesos crónicos y degenerativos relacionados a factores de riesgo susceptibles de incidir. Surge así el concepto de cuidado anticipado, el cual implica el desarrollo de actividades dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades actuando sobre factores de riesgo modificables y detectando los que están en fase pre-sintomática, mediante la educación para la salud se pretende conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas.<sup>1</sup>

No obstante, algunos cambios fisiológicos son resultado directo de factores no modificables como el envejecimiento biológico y la estructura genética; otros cambios se dan por factores conductuales y del estilo de vida en la juventud, siendo el resultado lo que se vive en los siguientes años, teniendo la opción de mejorar el bienestar físico al cambiar la conducta.<sup>2</sup>

En las últimas décadas la menopausia ha cobrado una relevancia cada vez mayor para el cuidado integral de la salud de la mujer, debido a los cambios demográficos, dados por el aumento de la expectativa de vida y el descenso en la tasa de mortalidad, esto ha llevado a un envejecimiento paulatino de la población, principalmente en los países más desarrollados, lo cual se asocia a un cambio en los roles familiares y sociales de la mujer, que guardan relación con una mayor visibilidad y preponderancia de su individualidad, mayor percepción de su corporalidad y conciencia de auto-cuidado.<sup>3</sup>

Durante éste período, el cuerpo de la mujer experimenta cambios físicos y emocionales como resultado a una serie de procesos endocrinológicos, biológicos y clínicos. El déficit estrogénico propio de esta etapa se acompaña de un incremento en la incidencia de algunas condiciones médicas como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares, lo que aumenta la mortalidad en este grupo etario.

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2030 más de un billón de mujeres en todo el mundo tendrán más de 50 años y ante estas cifras, los expertos desean transmitir a la población, especialmente a las mujeres, que los trastornos de la menopausia se pueden prevenir y tratar, y para ello es de suma importancia que la mujer esté bien informada.

El día 18 de octubre es el Día Mundial de la Menopausia, impulsado por la Sociedad Internacional de Menopausia (IMS) y la Organización Mundial de la Salud, el principal reto de este Día Mundial es ayudar a crear conciencia sobre la importancia de la evaluación y prevención en la salud de las mujeres, durante este periodo de su vida. Además, pretende transmitir otro mensaje a la sociedad, para que los países activen programas de educación a través de los cuales, las mujeres conozcan y sepan cómo afrontar los cambios hormonales y prevenir sus consecuencias.<sup>4</sup>

En España hay más de 22 millones de mujeres y, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida de las mujeres en este país se sitúa en 82,9 años y se calcula que alcanzará 85,1 años en el año 2020. De ellas, más de 8 millones tienen 50 años o más (edad media de la menopausia).<sup>4</sup>

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) La magnitud del problema en los países en vías de desarrollo, la menopausia y los problemas que ésta provoca se aceptan como un fenómeno fisiológico normal. Los sistemas de salud están más preocupados con cuestiones como las enfermedades contagiosas, las deficiencias nutricionales, la mortalidad

materna y perinatal, tradicionalmente prestan escasa atención a los síntomas menopáusicos y a los problemas relacionados. Aproximadamente el 75% de las mujeres postmenopáusicas del mundo viven en estos países, por lo tanto, los problemas de salud relacionados con la menopausia tienen una gran magnitud.<sup>4,5</sup>

En un estudio realizado en Venezuela a 2 339 mujeres, se observó que el 83 % tenía síntomas que se correspondían con el llamado síndrome climatérico, 49,3% severos; 31,0 % moderados y el 19,7 % leves.<sup>6</sup> Según estadísticas del Consejo Nacional de Población, en México la esperanza de vida en la mujer, ha ido aumentando desde el año 1950 donde el promedio de vida era de los 52 años, hasta llegar a los 78 años en 2010, lo cual representa un 11,69% de la población lo que sería equivalente a 13 130 000 mujeres de esta edad. No existen en este país estudios epidemiológicos bien diseñados sobre estadísticas de mujeres con Síndrome Climatérico identificado clínicamente por lo que se considera una población subestimada.<sup>7</sup>

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la esperanza de vida de la población peruana aumentó en 15 años, en las últimas cuatro décadas, por lo que, las peruanas vivirán, en promedio 77,3 años<sup>8</sup>, esto da un margen de vida de unos 15 a 30 años después de la menopausia; en esta etapa ella tiene más riesgo de sufrir problemas cardiovasculares y de osteoporosis, complicaciones graves a veces mortales y que exigen gastos muy altos, convirtiéndose en un problema social.<sup>9</sup>

Según datos del Ministerio de Salud (MINSA), la osteoporosis en el Perú se ha venido incrementando de manera progresiva durante esta última década y actualmente constituye un problema de salud pública. Su padecimiento involucra a las mujeres en un 20% a 30%, especialmente después de la menopausia. Se calcula que un 50% a 55% de la población postmenopáusica tiene osteopenia (paso previo a la osteoporosis), que requiere control urgente, ya que en diez años serán los que tendrán mayor riesgo de sufrir una fractura de cadera.<sup>10</sup>

A pesar de estas evidencias, estudios recientes han mostrado que el 70,2% de la población presenta un consumo de calcio inferior al recomendado y la ingesta de Vitamina D está muy por debajo de las recomendaciones de la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), siendo insuficiente en el 63,9% de las mujeres con menopausia.<sup>11</sup>

El interés por desarrollar este tema nace porque desde siempre los efectos de la menopausia han supuesto un problema, aunque no tan generalizable en la población femenina, debido al poco período de vida que transcurría desde que aparecía la menopausia. Pero hoy en día, el problema se ha acentuado debido a que la esperanza de vida es mayor, y por lo tanto los efectos se incrementan, como consecuencia del mayor tiempo de vida bajo los efectos de la disminución en la producción de estrógeno, por ende cada día aumenta la demanda de los servicios de salud y asistencia de mujeres post-menopáusicas, lo que supone un costo económico al estado y considerando que el control de estas mujeres y medidas de prevención debería realizarse en los períodos de edad de 35 a 45 años, de esta forma demostrar bajo esta premisa, que las personas tienen la capacidad para cuidar de sí mismas si tienen como herramienta el conocimiento sobre la menopausia y las prácticas de autocuidado que deben realizar en etapas previas para así poder prevenir y/o tratar a tiempo las patologías propias de este período.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por lo anteriormente formulado, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre-menopáusicas de 35 a 45 años que acuden al Hospital de Huaycán, Febrero 2016?

## **OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en la mujer premenopáusica de 35 a 45 años que acuden al Hospital de Huaycán, Febrero 2016.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar el nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado en las mujeres premenopáusicas de 35 a 45 años.

Identificar las prácticas de autocuidado en la dimensión biológica, psicológica y social que realizan las mujeres premenopáusicas de 35 a 45 años.

## **JUSTIFICACIÓN**

Se hace necesaria esta investigación en el Hospital de Huaycán, donde se evaluará el nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas, debido a que existe un alto índice de problemas de salud relacionados con la menopausia ocupando éstas el cuarto lugar en las atenciones hospitalarias, según censo del MINSA-2011.<sup>10</sup>

Es así como se convierte en un problema de salud pública donde el factor de riesgo es grande e importante para este grupo, cuyos resultados permitirán contribuir a orientar las actividades preventivo promocionales hacia el reforzamiento de la enseñanza y éstas favorezcan el aumento de conocimiento sobre: nutrición, actividad física, sueño, estado de ánimo, relaciones interpersonales, círculo social, asignación de importancia al examen médico y psicológico logrando de esta manera ayudar al diagnóstico oportuno y la prevención de mayor morbi-mortalidad asociada a la menopausia. Así mismo permitirá que el personal de salud llámese enfermeros puedan dirigir sus acciones a la atención primaria de la salud a través de la implementación de programas de educación sanitaria en la menopausia.



# CAPÍTULO 2

## MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Guerrero D.<sup>12</sup> En el 2012 realizó una investigación sobre conocimientos y autocuidado en la menopausia en mujeres de la Parroquia Paquisha. El universo y muestra lo constituyeron 93 mujeres. Los resultados del estudio señalan que ésta población se encontraba entre 46-55 años de edad. Las mujeres del estudio no tenían conocimiento sobre la menopausia: es así que el 69,89% manifestó definiciones incorrectas de la misma, un 86,02% del grupo no conoce que alimentos deben consumir durante esta etapa, más de la mitad 51,61% de las mujeres no señalan que ejercicios o que actividades deben realizar y en cuanto al control médico conocen que deben ir al control cada tres y seis meses. Cabe recalcar que el conocimiento podría influir en su autocuidado y al no contar con suficientes elementos que orienten a la realización del mismo la alimentación que consumen estaría constituida de carbohidratos en su mayoría 70,97%; en cuanto al ejercicio 71,29% no lo practican ( la actividad más frecuente que realizan son las caminatas, porque forma parte de su rutina de trabajo); más de la mitad 65,59% de las mujeres acuden al médico solo en caso de enfermedad y el 69,89% del grupo se automedican con antibióticos y analgésicos. Por lo tanto se hizo necesario diseñar actividades de autocuidado en la menopausia, las mismas que fueron impartidas a todas las mujeres mayores de 46 años de la parroquia Paquisha.

Barrientos C.et al.<sup>13</sup> en el 2013 realizaron un estudio donde el objetivo era conocer las prácticas de autocuidado en salud y conocimientos que tienen mujeres entre 40 y 44 años para enfrentar el período Peri-menopausia. Esta investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal, realizado en la comuna de La Unión durante el período comprendido entre el 14 de octubre y el 15 de noviembre del año 2013, aplicaron un cuestionario validado a 62 mujeres entre 40 y 44 años que acudieron a control de salud

durante este período en el CESFAM Dr. Alfredo Gantz Mann. En este estudio consideraron 4 variables, las cuales fueron antecedentes biosociodemográficos, signos y síntomas climatéricos, conocimientos y prácticas de autocuidado en salud. Los resultados demostraron que un 16,1% de las informantes no conocen la definición de climaterio, sin embargo, sí reconocen en su mayoría la sintomatología propia de este periodo y medidas no farmacológicas para aliviar estos síntomas. En cuanto a las prácticas de autocuidado, la mayoría de las mujeres asisten a control ginecológico (79,0%), consume alimentos saludables durante la semana (>66%), evita el consumo de alcohol (64,5%) y cigarrillo (71,0%) y no utilizan medidas farmacológicas (79,0%).

## **2.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

Lecca M. et al.<sup>14</sup> En el 2012 realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al climaterio, en mujeres atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto ; el estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo simple, el diseño de investigación correlacional. La muestra probabilística estuvo conformado por 73 mujeres que presentan alguna molestia del climaterio y que comprenden las edades de 35 a 65 años, seleccionadas aleatoriamente, de aquellas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión respectivamente. Para medir la variable nivel de conocimiento; el cuestionario constó de 10 preguntas cerradas, cuyos resultados se clasificaron en Bajo, Medio y Alto, siendo el puntaje Máximo de 20 puntos. Para medir la variable actitud frente al climaterio, se aplicó un test cuestionario, valorado con la escala de Lickert modificado, lo cual estuvo conformada por diez preguntas, que exponen la actitud que tienen las mujeres frente a las molestias del climaterio y las acciones que realizan al presentar dichas molestias. Los resultados encontrados, reportan que el 65.8 % (48), tienen un nivel de conocimiento alto, el 28.8 % (21), tienen un nivel de conocimiento medio, el 5.5 % (4) tienen un nivel de conocimiento bajo. Las tendencias actitudinales se ubicaron en tendencia a actitud favorable

en el 97.3% (71), y en actitud desfavorable en un 2.7% (2). Existe correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al climaterio, por que las mujeres climatéricas que tienen un nivel de conocimiento alto tienen una actitud favorable.

Camarena A.<sup>15</sup> En el 2013 realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar las manifestaciones peri menopáusicas y el autocuidado que realizan las mujeres adultas del Asentamiento Humano Virgen del Carmen. La investigación fue de enfoque cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. Utilizaron como instrumento de recolección de datos un cuestionario, el cual fue aplicado a una población de 50 mujeres en edad peri menopáusica. Entre los hallazgos más resaltantes obtuvo que las mujeres presentan manifestaciones psicosociales peri-menopáusicas 60% y biológicas 54% y su autocuidado es inadecuado respecto a lo biológico 76% y psicosocial 60%.

Acuña E.<sup>16</sup> En el 2012 realizó una investigación y el objetivo del estudio fue determinar el nivel y las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre-menopáusicas del Casco Urbano de Ricardo Palma, Huarochirí en julio 2012. El tipo de investigación fue cuantitativa, descriptiva de corte transversal y prospectiva trabajó con una muestra de 85 mujeres pre-menopáusicas entre 35 y 45 años de edad, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para la recolección de datos. Utilizó como técnica la entrevista y como el instrumento la guía de entrevista. Resultados: El nivel de conocimiento de las mujeres pre-menopáusicas acerca de la pre-menopausia es bajo 62% (53), medio 26% (22) y alto 12% (10) y el autocuidado de las mujeres pre-menopáusicas es inadecuado en 76% (65) y adecuado 24% (20).

## **2.3 BASE TEÓRICA**

### **2.3.1 Conocimiento**

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”.<sup>17</sup> El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos.

Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”.<sup>18</sup>

Desde el punto de vista pedagógico; “conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón”.<sup>19</sup>

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, lo define como acto y contenido. Dice que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico”.<sup>20</sup>

Características generales del conocimiento:

Todo conocimiento humano tiene una dimensión profundamente cultural, tanto en su origen y formación como en su aplicación.

Algunos conocimientos tienen la posibilidad de ser expresados mediante el lenguaje adquiriendo de esta forma una dimensión objetiva, intercomunicativa y codificada, lo que permite su transmisión y conservación así como su interpretación entre diversos individuos, diversas culturas y diversas lenguas.

Los conocimientos no siempre son objetivables y comunicables ni conscientes, pero en todo caso orientan y dirigen la acción como comportamiento. Esto es especialmente aplicable a los que son fruto de la experiencia.

Tipos de Conocimientos: En el modo de conocer se puede distinguir dos tipos de conocimientos:<sup>21</sup>

#### Conocimiento Vulgar

La experiencia demuestra que el conocimiento vulgar, basado esencialmente en la cultura popular, es la vía ordinaria que sigue el hombre para resolver sus problemas más elementales y primarios. Suele ser un conocimiento práctico, asentado en el pensar espontáneo y de sentido común; no por ello deja de ser un conocimiento completo y con capacidad para la utilización inmediata, facilitando el trabajo ordinario y la vida social; en ese sentido, a pesar de su vulnerabilidad, puede resultar muy útil y frecuente en la práctica educativa cotidiana.

#### Conocimiento Científico

Es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.

### **2.3.2 Mujeres en la pre- menopausia**

## El Climaterio

El climaterio se inicia desde que la mujer comienza a experimentar los cambios neuroendocrinos que llevarán a la pérdida de la capacidad de reproducción, mientras que el término menopausia se refiere a la desaparición de la menstruación, reservándose en el orden práctico hasta que no hayan transcurrido doce meses de la desaparición de esta, el climaterio se la divide en tres fases : los primeros diez años (35 a 45) pre menopausia, los segundos diez años (45 a 55) menopausia<sup>22</sup> y los últimos diez (55 a 65) postmenopausia.<sup>23</sup>

## La Mujer en la Pre-menopausia

Se entiende por mujer a todo ser humano de sexo femenino, la cual cuenta con un sistema reproductivo constituido por los siguientes: órganos sexuales: internos (ovarios, trompas de Falopio, útero, vagina) y externos.

Los ovarios son dos órganos glandulares en forma de almendra ubicados en la parte superior de la cavidad pélvica, a ambos lados del útero. Están formados por tres capas: la túnica albúginea, que tiene función protectora; la corteza que contiene óvulos, folículos de Graff, cuerpo lúteo, cuerpo albicante y folículos degenerados; y la médula que contiene nervios, vasos sanguíneos y linfáticos.<sup>17</sup>

El ovario es una glándula con doble función: endocrina porque produce hormonas (estrógenos, progesterona y en menor cantidad andrógenos) y exocrina porque produce óvulos necesarios para la reproducción. Ambas funciones se desarrollan en paralelo, puesto que una sin la otra no sería posible, y de una forma continua y repetitiva cada mes (ciclo) mientras dura el período fértil y en el que también se involucran otras glándulas (hipófisis). Pero a pesar de que las dos funciones van juntas, la función reproductora se pierde antes que la hormonal, de manera que ya en la etapa peri-menopáusica, la fertilidad va disminuyendo,

la causa fundamental sería la rápida disminución del número de ovocitos del ovario, por desgaste (atresia) o consumo, que ya comienza en la época embrionaria y se extiende hasta la menopausia (aproximadamente, 400 ovulaciones).

A las 20 semanas de vida intrauterina, los fetos hembras poseen en ambos ovarios unos 7 millones. En el momento de nacer, la dotación folicular ha disminuido hasta una cifra de 2 millones. Con la primera regla (menarquia) la proporción ha disminuido hasta 400.000 folículos, mientras que al final de dicha etapa reproductiva éstos han desaparecido.<sup>22</sup>

El origen de la menopausia radica en el agotamiento folicular de los ovarios los ovocitos. Al faltar estos no existe la maduración de los folículos y el sistema granulomatoso folicular desaparece como glándula endocrina. Los estrógenos no se eliminan del todo, ya que se originan a expensas de los andrógenos formados en el intersticio ovárico y en la zona reticular suprarrenal; pero estos estrógenos nunca alcanzan los niveles existentes en la vida fértil.

Las grandes oscilaciones en las concentraciones de los estrógenos suelen comenzar al menos 1 año antes de la menopausia que causan síntomas peri-menopáusicos que pueden durar desde 6 meses hasta 10 años y oscilan desde inexistentes hasta intensos.

A la edad aproximada de 45 años solo quedan unos pocos folículos primordiales para ser estimulados por la FSH y la LH, la producción de estrógenos por el ovario decrece a medida que el número de folículos primordiales se aproxima a cero. Cuando la producción de estrógenos desciende por debajo de un valor crítico, los estrógenos ya no pueden inhibir la producción de FSH y LH; ni pueden provocar un pico ovulatorio de FSH y LH.

En la menopausia la LH y la FSH se producen en grandes cantidades y de una forma continua. Los estrógenos se producen en cantidades subcríticas durante un corto tiempo, pero a medida que se atresian los folículos primordiales que quedan, la producción ovárica de

estrógeno desciende casi a cero.<sup>21</sup> Y los factores que pueden influir en su presentación, tanto de forma individual como colectiva, son múltiples pero no aceptados unánimemente. Entre ellos, la herencia, la paridad, el tabaco y las enfermedades generales, que requieran cirugía, radioterapia o quimioterapia, etc.<sup>22</sup>

Según la presentación de la menopausia esta puede ser: natural, la que ocurre de forma gradual y progresiva, por el normal envejecimiento del ovario; y artificial, es la provocada por la castración quirúrgica (extirpación de los ovarios con o sin histerectomía), o por mecanismos destructores de las células germinales como son las radiaciones y la quimioterapia.<sup>22</sup>

La pre menopausia es el tiempo comprendido entre el comienzo de la disminución de las funciones ováricas hasta la última menstruación y estos primeros años pueden o no estar acompañados de algún síntoma en las mujeres y esto no quiere decir que no se estén dando cambios en el funcionamiento del organismo femenino que desembocarán en la pérdida definitiva de la función de los ovarios: menopausia y son precisamente esos cambios, los que van a impactar al resto del cuerpo en la post-menopausia (período entre 5 y 10 años subsiguientes a la ocurrencia de la menopausia).<sup>24</sup>

Signos y Síntomas de la Menopausia:

Basado en estudios antropológicos, se señala que el ser humano depende en todos los momentos de tres procesos de organización complementarios: Proceso biológico que envuelve la organización jerárquica de los sistemas vivos, orgánicos y de desarrollo fisiológico: soma, un proceso psíquico que envuelve las experiencias individuales: psique y un proceso ético-social que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas y la sociedad: ethos. Estos tres procesos se conjugan en una visión del ciclo vital integrando estructuras operacionales que van a conformar los procesos psicosexuales y psicosociales.<sup>25</sup>

Aspecto biológico:

Atrofia de genitales.-La vagina es un órgano sensible a los estrógenos y los niveles bajos de esta hormona pueden producir atrofia. También se producen cambios vaginales relacionados con la edad que no están bajo la influencia de los estrógenos. A través de ambos procesos se produce un adelgazamiento del recubrimiento de la vagina, que además se estrecha y se acorta, los labios mayores y menores se adelgazan y encogen y el clítoris se expone más de lo habitual, disminuyendo su sensibilidad.<sup>24</sup>

La uretra dirige su apertura hacia abajo y atrás como consecuencia de esta atrofia, lo que la vuelve más susceptible de infectarla, al igual que la vagina. Estos cambios combinados con la resequedad vaginal, hacen que las relaciones sexuales se vuelvan una experiencia dolorosa y muchas veces traumática, deteriorando más aun la calidad de vida de la mujer que sufre estos cambios sin recibir atención. Como la parte final del aparato urinario se forma en el embrión femenino de la misma estructura que da origen a los genitales externos, depende como estos de estrógenos para mantenerse en buenas condiciones y sufren atrofia cuando faltan.<sup>23</sup>

Una de las primeras manifestaciones urinarias es que aumenta la frecuencia con que la mujer tiene que orinar, particularmente aumenta el despertar nocturno para vaciar la vejiga ya que disminuye su capacidad, las estructuras que dan continencia se debilitan y responden menos a los estímulos normales, lo que favorece la aparición o acentuación de incontinencia urinaria de esfuerzo, es decir, la pérdida involuntaria de orina al toser, estornudar, reír, cargar algo o algún niño, pudiendo alterar el estilo de vida de alguien que hace ejercicios o baila.<sup>23</sup>

Las mujeres de complexión delgada tiene mayor posibilidad de tener síntomas con los niveles bajos de estrógenos, debido a que tiene menos tejido adiposo y por lo tanto menos

estrógenos almacenados.<sup>6</sup> No obstante, no todas las mujeres tienen síntomas de atrofia genital.

Atrofia de la piel.- Normalmente los estrógenos intervienen en el balance de la producción de colágena que permite la hidratación de la piel y se expresa en la tersura de esta, como consecuencia de su deficiencia la piel se adelgaza, se vuelve frágil y quebradiza, se atrofian y se acentúan las líneas de expresión, dando origen a las arrugas, particularmente alrededor de los ojos y boca y en la cara anterior al cuello, lo cual cambia además de apariencia por atrofia del músculo platisma, que separa sus ramos musculares. Estos cambios reafirman la percepción negativa que tiene la mujer de su autoimagen, alterando aún más su estado emocional.<sup>23</sup>

Inestabilidad Vasomotriz: Resulta de las fluctuaciones de los niveles de estrógenos que alteran el balance de los neurotransmisores ocasionando un desajuste en el funcionamiento de las estructuras nerviosas, encargadas de regular el control de la temperatura y los vasos sanguíneos, experimentando vasodilatación y vasoconstricción cambiantes en forma de oleadas de calor(sensación súbita de calor en el cuello, la cabeza y el tórax) , rubor(rubor y transpiración visibles en la piel) y diaforesis nocturna, caracterizada por transpiración profusa y calor que irradia del cuerpo durante la noche y si bien es cierto que nadie ha muerto por bochornos, estos alteran significativamente la calidad de vida de quien la padece y si tiene vida de pareja ,también su compañero y hasta su familia se ven afectados ya que puede alterar la calidad del sueño durante las noches debido a que las sábanas y la ropa de cama pueden empaparse.<sup>22</sup>

Otros problemas que se asocian con las fluctuaciones de la vasoconstricción incluyen :mareo, adormecimientos y parestesias de los dedos de las manos y los pies y cefaleas. Aunque en algunas mujeres desaparecen espontáneamente, se ha demostrado que al 80% de quienes la padecen les dura más de un año, del 25%-50% les dura 5 años y al 25% les sigue aquejando el resto de su vida, sino hacen nada para corregirlo.<sup>25</sup>

Transtorno del metabolismo óseo y osteoporosis: La osteoporosis post-menopáusica es un trastorno metabólico óseo producido por la carencia de estrógenos, caracterizado por una masa ósea baja y una alteración de la fortaleza del hueso que predispone a un aumento del riesgo de fractura.<sup>26</sup>

La fortaleza, refleja densidad y calidad ósea; a su vez la calidad ósea incluye la arquitectura, la tasa de recambio, la acumulación del daño, las propiedades de la matriz y la mineralización. Por lo común hay un equilibrio dinámico entre la formación del hueso (actividad osteoblástica) y la reabsorción del hueso (actividad osteoclástica). Dado que una de las funciones del estrógeno es estimular a los osteoblastos, la caída de estrógeno causa un desequilibrio entre la formación del hueso y su reabsorción.<sup>26</sup>

El deterioro del hueso antiguo es más rápido que la formación del hueso nuevo, de lo que resulta un adelgazamiento lento de los huesos. La deficiencia de estrógenos también disminuye la absorción intestinal de calcio y estimula su excreción urinaria, lo cual contribuye a la producción de hiperparatiroidismo secundario.<sup>26</sup>

De igual manera, la carencia de estrógenos disminuye la síntesis de vitamina D<sub>3</sub> a la forma activa de la vitamina que es el 1,25-dihidroxicolecalciferol, también denominado calcitriol, por déficit en la síntesis de la 1 alfa hidroxilasa renal. La osteoporosis pos-menopáusica es asintomática a menos que aparezcan complicaciones como fracturas, pérdida de estatura y deformidades.<sup>27</sup>

Dislipidemias.- Es bien sabido que la mujer tiene mucho menos propensión que el hombre al infarto del miocardio. Esta relativa inmunidad se debe a los estrógenos y su acción sobre la lipidemia. Los estrógenos elevan la HDL (lipoproteínas de alta densidad) y disminuyen el LDL (lipoproteína de baja densidad) y el VLDL (lipoproteína de muy baja densidad) por lo que la tendencia a la aterosclerosis y a la obstrucción coronaria disminuye con ellos. Las variaciones en el perfil lipídico que ocurre en la menopausia por disminución de los

estrógenos y que aumentan las lipoproteínas de baja densidad (LDL) formadas fundamentalmente por colesterol y disminuyen las de alta densidad (HDL) se asocia con la mayor probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y arteriosclerosis.<sup>27</sup>

Alteración del sueño.- Los síntomas relacionados con el sueño, hacen relación principalmente al insomnio, ya sea de conciliación, despertares tempranos o incapacidad de reconciliación, apnea del sueño o privación del sueño total. En este aspecto las mujeres post-menopáusicas tienen 2.6 a 3.5 veces más alteraciones de sueño que las mujeres que no se encuentran en esta etapa. Esto puede tener relación con las oleadas de calor o síntomas vasomotores, sin embargo lo preocupante de este síntomas son las consecuencias como impacto en el estado de alerta durante el día, hay menor actividad mental, disminución de la productividad, cansancio, irritabilidad, lo que puede afectar las relaciones familiares y sociales<sup>28</sup>

#### Aspectos Psicológicos

La correlación con el eje biológico son innegables, así la neuroregulación cerebral se ve influenciada por los cambios hormonales presentes en la menopausia.

#### Transtornos afectivos

Los trastornos del afecto en mujeres en la peri-menopausia y post-menopausia tienen una prevalencia cercana al 9%, guardando relación con percepciones de miedo al envejecimiento, sentimientos de minusvalía e inutilidad. Además hay que tener en cuenta que en este período la estructura familiar sufre cambios, ya sea en la pareja por el desencantamiento de la relación, las metas cumplidas en relación con los hijos, o sentimientos de nido vacío, que llevan a carencias afectivas. También pueden aparecer dificultades sociales por aislamiento y dedicación exclusiva al ámbito laboral con disminución de rendimiento y familiar, olvidando el ámbito personal, determinado en resumen una disminución en la calidad de vida de la mujer.<sup>29</sup>

Entre las características del estado anímico de la mujer post-menopáusica se encuentra la irritabilidad, que se manifiesta por enojo, tensión, comportamiento hostil, sensibilidad, intolerancia, frustración, síntomas físicos, como la disforia, tristeza, vulnerabilidad, presentándose hasta en un 70% de las mujeres post-menopáusica.<sup>28</sup>

En cuanto al síndrome depresivo éste se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico alterando la transformación del hidroxitriptófano en serotonina. Una falta de esta última es la que genera depresión. Se ha encontrado también que es más prevalente en la peri-menopausia y la post-menopausia, sin embargo se relaciona más con los síntomas producidos por los calores y los cambios emocionales, sociales y familiares descritos anteriormente y se caracteriza por la sensación de pérdida de placer, pesimismo, tristeza, ansiedad, irritabilidad, indecisión, falta de interés o motivación y exceso de culpa.<sup>28</sup>

Es importante también en esta etapa de la vida la comparación que muchas veces hace la mujer en relación con los estándares de vida en que se ha desenvuelto y que le sirven de referencia, donde ella misma valora sus capacidades físicas, mentales, rasgos de belleza, etcétera. En conclusión, hay una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su autoestima. También surgen preocupaciones de índole laboral y económica, donde ella se ve menos apta para el trabajo y tiene cerca la jubilación, situación que la pone en desventaja en el contexto familiar.<sup>28</sup>

Entonces es claro que si bien hay sintomatología secundaria a los cambios hormonales, no se puede realizar generalizaciones sobre las pacientes en la peri-menopausia o post-menopausia, dado que las vivencias, expectativas, percepciones y concepciones están enmarcadas dentro de un ámbito cultural y social, es así como estudios demuestran que las mujeres que tienen actitudes más negativas sobre esta etapa son las que presentan mayor sintomatología asociada.<sup>28</sup>

## Aspecto social

Según el modelo propuesto por Erikson, la mujer que afronta la transición a la menopausia y la mujer postmenopáusica se pueden enmarcar por lo general en dos estadios:

Generatividad vs estancamiento: en el cual la generatividad es fundamental para el cuidado y educación de nuevas generaciones y se basa en la productividad que se ve reflejada primero, en su capacidad de trabajo y consecución de metas y segundo, en la creatividad para encontrar soluciones a los conflictos ofrecidos por la vida diaria a través de la generación de ideas innovadoras, por esto es tan importante la cualificación de la mujer en esta etapa. La virtud que se gana en esta etapa es la del cuidado y el amor, que denotan la responsabilidad que se adquiere en el aspecto familiar y laboral.<sup>25</sup>

De la resolución positiva de la crisis de la generatividad, surge la experiencia del cuidado y el celo, entendido como el cuidado de lo propio buscando el beneficio del objeto cuidado, sin embargo si se presenta una resolución negativa de esta crisis aparece un sentimiento de estancamiento, depresión o narcisismo que dificulta entregar amor al otro. El estancamiento representa una regresión psicosocial y la necesidad obsesiva de pseudointimidad, que se acompaña de un sentimiento de infecundidad personal y social. Además, se produce un sentimiento de rechazo y aislamiento dado que no se es productivo ni confiable para el cuidado de otros, generando frustración con el papel vital asumido, apareciendo en consecuencia sentimientos de auto-rechazo.<sup>25</sup>

Integridad vs desespero: En esta etapa la mujer realiza una re-evaluación de los significados a la luz de los valores y experiencias que han dejado el paso de los años. Hay una aceptación de la historia personal, de los procesos vividos y la resolución de las etapas.<sup>25</sup>

Aparece una vivencia del amor universal como resumen de la vida y el trabajo, pero tal vez uno de los aspectos más relevante de esta etapa es que aparece la confianza en sí misma, entendida como una labor cumplida que genera a la vez una confianza en las generaciones venideras, lo que le produce paz para presentarse como un modelo de vida a los otros y así mismo iniciar su propia negociación con el concepto de la muerte. La virtud que se gana a través de la mediación de esta etapa es la sabiduría como un acumulo de vivencias que han generado una comprensión de los significados de sí mismo y de la vida.<sup>25</sup>

Si no se produce la integración de las vivencias, sentimientos y valores aparece el sentimiento de desesperanza o desespero, dado que no se asumen valores como propios. Además se presenta dificultad para asumir y negociar la proximidad de la propia muerte.<sup>25</sup>

En esta última etapa la mujer ha adquirido herramientas para enfrentar la connotación de vejez así como la disminución de la funcionalidad, además, ha logrado identificar sus propios valores, por lo cual la percepción de la menopausia deja de tener una carga reproductiva marcada para ser reenfocada en adquisición de sabiduría.<sup>25</sup>

#### Estancamiento y Desespero

En cuanto a la percepción cultural y social, el proceso de la menopausia constituye, junto con la adolescencia, los dos hitos más significativos del desarrollo biológico de la vida de la mujer, dado que marcan el inicio y el fin de la función reproductiva; sin embargo, el tratamiento social es diferente, ya que mientras el segundo tiene la connotación de desarrollo y vitalidad, la menopausia, en el marco de la cultura occidental lleva implícita la idea de envejecimiento y pérdida de la funcionalidad.<sup>25</sup>

En el plano social, la mujer climatérica de edad mediana, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros (adultos mayores), así como de los nietos. La doble jornada es más agresiva cuando se exigen respuestas iguales a diez años precedentes, pero estas no son idénticas, puesto que aumentan las responsabilidades familiares y sociales.<sup>25</sup>

En cuanto a la mujer trabajadora, está expuesta a sobrecargas laborales estresantes que se convierten en elementos deteriorantes de la salud, lo cual se expresa en síntomas más severos. Al mismo tiempo, se da la contradicción entre posición y condición, pues la mujer alcanza un determinado nivel educacional, pero no accede a los puestos de dirección que estima como un espacio necesario a ocupar, lo que contribuye a disminuir su autoestima y su satisfacción personal, a percibir con mayor severidad.<sup>25</sup>

Cuando se acerca la edad de la jubilación, se siente menos competitiva en el espacio público, tanto desde el punto de vista físico como intelectual y aparece entonces el miedo a la inseguridad económica y a la soledad. Se ha constatado que aquellos factores sociales que concurren en esta etapa de la vida y que están relacionados directamente con preocupaciones económicas, laborales o psicoconductuales, pueden potenciar sinérgicamente los síntomas psicológicos. La experiencia de la menopausia es distinta en cada mujer y lleva la impronta de las diferentes culturas.<sup>25</sup>

No todos los sentimientos vinculados con esta etapa son negativos, pues hay mujeres que expresan un completo bienestar relacionado con expectativas personales, sociolaborales y familiares cumplidas; asimismo, la satisfacción marital y el buen tratamiento durante la menopausia, aumentan la calidad de vida de la mujer en esta etapa para que no se convierta esta etapa de transición en una enfermedad.<sup>25</sup>

Factores que influyen sobre la edad de la menopausia

Hay una serie de factores que modifican la edad de la menopausia, siendo los más importantes la herencia y el tabaco:

Genéticos: es posible que exista un determinante genético y por eso con frecuencia las hijas responden al modelo de las madres. Así pueden explicarse las diferencias raciales.

Influencia de la nutrición postnatal: La cohorte de mujeres británicas nacidas en 1946 que recibieron lactancia materna experimentaron la menopausia años más tarde que las que no fueron amamantadas, y las mujeres que tuvieron un peso bajo a los 2 años de edad tuvieron una menopausia precoz. Del mismo modo, las niñas holandesas que experimentaron una restricción calórica grave por la hambruna de 1944-1945 tuvieron una menopausia más temprana que las que no sufrieron esa carencia alimentaria. La evidencia para la relación entre la edad de la menarca y la edad de la menopausia es variada.<sup>3</sup>

Se apreció que las mujeres que viven en ciudades con una altitud de 2,000 metros o más sobre el nivel del mar presentan la menopausia tempranamente, comparadas con mujeres que viven en ciudades de menor altitud. La hipótesis de esta situación es, que al existir niveles de saturación de oxígeno cercanos al 85% tienen niveles menores de estradiol y progesterona, ya que la hipoxia afecta el metabolismo del folículo favoreciendo la secreción de endotelina-1 que inhibe la luteinización del folículo.<sup>25</sup>

Climatológicos: menopausia tardía en los países cálidos.

Estado civil: se reporta que las solteras tienen menopausia más precoz.

Factores socio-económicos: en países pobres se adelanta la edad.

Paridad: se reporta más tardía en las multíparas.

Tabletas anticonceptivas: su uso adelanta la edad de la menopausia.

Hábito de fumar: está claramente demostrado que la edad de la menopausia se adelanta en mayor grado en mujeres fumadoras que en las mujeres que ingieren alcohol por:

- Acción de la nicotina sobre los centros hipotalámicos.
- Efecto inductor enzimático en el hígado.
- Acción nociva directa del benzopireno sobre las células germinativas.

Otros de los factores que influyen es el: <sup>30</sup>

Deporte: el deporte muy continuado o profesional deteriora la función ovárica y puede dar lugar a la menopausia adelantada. Sin embargo el ejercicio moderado contribuye a mejorar la salud y a que la menopausia siga su curso natural.

En las pacientes con nutrición vegetariana es más precoz.

La histerectomía la adelanta 4 a 5 años.

La ligadura de trompas puede adelantar la aparición de la menopausia.

### **2.3.3 AUTOCUIDADO**

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Del griego auto que significa "propio" o "por uno mismo" y cuidado del latín cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente.<sup>31</sup>

Es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.<sup>31</sup>

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un

funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.<sup>32</sup>

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.<sup>32</sup>

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta autora existe tres tipos de requisitos:

Requisitos del Autocuidado:<sup>32</sup>

Requisitos de 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, promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprende el mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente, la prestación de la asistencia con los procesos de eliminación, la preservación del equilibrio entre la actividad y el reposo; entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos, el funcionamiento del cuerpo y bienestar personal, promover el funcionamiento y desarrollo personal dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

Requisitos del autocuidado del desarrollo, promover los mecanismos que ayuden a vivir, madurar y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones.

Requisitos de autocuidado cuando falla la salud, cuando una persona a causa de una enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado. Las enfermedades o lesiones no solo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento global del cuerpo. Cuando este funcionamiento global está seriamente alterado (retraso mental grave, estados de coma, autismo) la capacidad del individuo maduro o joven para actuar se ve seriamente afectada, ya sea de forma permanente o temporal.

En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de las medidas tomadas en el diagnóstico o el tratamiento. En el modelo de Orem se enumeran seis categorías de requisitos cuando falla la salud, el cual tiene como objetivos, prevenir las complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria.<sup>32</sup>

Autocuidado en la pre-menopausia

El autocuidado puede ser abordada en tres dimensiones: fisiológica, psicológica y social.

Dimensión Biológica: Son actividades orientadas a disminuir o evitar las complicaciones de los cambios en la esfera biológica.

Nutrición: Es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus

funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta.

Hay evidencias científicas que sugieren que la alimentación puede ser tan eficaz como los suplementos hormonales para controlar los desórdenes que se producen en ésta etapa.<sup>11</sup>

Los expertos que están a la vanguardia de las investigaciones sobre la menopausia ya admiten que las pautas de alimentación pueden explicar por qué las mujeres de algunas culturas asiáticas son menos propensas a sufrir los episodios de calor que suelen padecer las mujeres occidentales o como también las mujeres asiáticas no parecen sufrir los efectos posmenopáusicos de largo plazo como consecuencia de la cesación natural de la menstruación a determinada edad, como trastornos cardíacos y fracturas de cadera, etc.

Una mejor nutrición antes, durante y después de la menopausia puede ayudar a prevenir algunos síntomas y complicaciones. Se recomienda requerimientos nutriciones especiales (frutas, verduras, cereales y poca carnes rojas) y deben entre otras cosas, consumir cantidades suficientes de calcio ya que forma parte de los dientes y huesos contribuyendo de esta forma a mantenerlos sanos, además de cumplir otras funciones dentro del organismo como: participar en la transmisión del impulso nervioso, la coagulación de la sangre, cumple también un papel importante en la contracción muscular, estimulación de la secreción hormonal, colabora en la permeabilidad de las membranas celulares para que estas puedan efectuar el intercambio de sustancias con el medio (oxígeno y nutrientes),etc.<sup>11</sup>

Del porcentaje de calcio consumido por mujeres pre-menopáusicas, únicamente se absorbe entre el 20%-40%. Su absorción mejora con la presencia de vitamina D, lactosa, grasa, proteínas, vitamina C y cítricos. De ahí que los alimentos con mejor biodisponibilidad de calcio sean la leche y los derivados lácteos.<sup>10</sup>

La vitamina es esencial para la absorción y utilización del calcio. Gran parte de ella se forma en el cuerpo con la exposición de la piel al sol siempre con protección, evitando las horas de

más insolación y durante un tiempo moderado; sin embargo, los aceites de pescado, la mantequilla y el hígado son buenas fuentes.<sup>10</sup>

También se recomienda que las dietas contengan muy pocas proteínas animales debido a que un exceso de proteínas en la dieta favorece la descalcificación ósea. En los países donde la ingestión de proteínas de origen animal, es más baja, se registra una menor incidencia de las fracturas de cadera, comparado con la población de las naciones occidentales, según un estudio del médico estadounidense Mark Messina y que sean bajas en sustancias grasas saturadas, trans y colesterol como: carnes rojas, yema de huevo, leche entera vísceras, embutidos, manteca, etc.<sup>11</sup>

Después de la menopausia, la mujer no requiere las mismas cantidades de hierro, a partir de los 50 años, el aporte nutricional recomendado desciende, con lo que desaparece una de las principales razones que tenía para comer carne, la cual aporta hierro.

También debe evitarse las comidas picantes como las condimentadas con pimienta ya que elevan la temperatura del cuerpo y producen una oleada de calor que ruboriza la cara y el pecho.

El alcohol y la cafeína pueden causar rubores además de aumentar la excreción de calcio en la orina y el fumar se asocia con la disminución en la absorción de calcio y de allí que pueda afectar a la masa ósea. Se recomienda controlar el peso y talla periódicamente.<sup>2</sup>

Actividad y Ejercicio<sup>33</sup> : 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, ya que favorece todos los sistemas especialmente el circulatorio y el músculo esquelético a nivel del fortalecimiento de los huesos, la elasticidad de los músculos, conserva los reflejos, a la vez que mejora la respiración y elimina las sustancias tóxicas del cuerpo, favorece el control de peso, disminuye la tensión arterial, los niveles

colesterol, los triglicéridos y aumenta la energía vital, aumenta también la seguridad en sí mismo, previene el insomnio, disminuye los sofocos, la ansiedad y depresión; mejora el sueño y la motilidad intestinal .

Los estudios e investigaciones muestran la eficacia de la actividad física sobre la manutención y mejora de la densidad mineral ósea. Pero no cualquier tipo de actividad física, sino que la mayoría de los autores coinciden en que el ejercicio más beneficioso para la prevención de la osteoporosis es el ejercicio de fuerza. Y este ejercicio debe de estar planificado y supervisado por un profesional de la actividad física conjuntamente con el médico. También sugiere que el deporte debe practicarse en sesiones de 3 a 5 veces por semana y con una duración de 30 a 60 minutos por sesión.

Ya que los esfuerzos físicos tienen un efecto directo sobre las regiones del esqueleto que son sometidas directamente al peso. Para una persona no entrenada, los esfuerzos pequeños son suficientes para recuperar los huesos estructuralmente o al menos, conservar la masa ósea existente y evitar que se pierda aún más sustancia.

Las contracciones musculares producidas por el entrenamiento de fuerza originan cizallamiento, torsiones y compresiones, capaces de influir en el remodelado del hueso y por tanto incrementa la densidad mineral ósea.

Los sujetos que practican deportes que requieren una mayor fuerza poseen mayor densidad ósea en las partes corporales ejercitadas que los corredores de larga distancia (maratonianos), y éstos más que los que los deportistas que no trabajan contra la gravedad (nadadores).

El ejercicio isotónico moderado y realizado de forma constante, es capaz de disminuir la tensión arterial incluso prevenir el aumento tensional propio de la edad. Recomienda el

ejercicio físico isotónico (bicicleta, pasear, correr, nadar) de forma continuada y moderada (intensidad no superior al 50% del consumo máximo de oxígeno).

En cuanto a los ejercicios físicos aconsejados para reducir la obesidad, se recomiendan los mismos que para la hipertensión arterial, es decir, ejercicios aeróbicos, de moderada intensidad, en sesiones de 30-60 minutos y tres veces por semana con la peculiaridad de que sean de bajo impacto (ciclismo, natación, remo, etc.) para no dañar a las articulaciones, como consecuencia del alto estrés osteo-articular producido por el peso corporal y la actividad física de impacto. La actividad física alcanzada con el ejercicio y el deporte produce a todas las edades una adaptación positiva en todo el organismo.

Control Médico: Los protocolos pueden recomendar visitas periódicas cada uno a tres años según la edad y la situación en riesgo de la paciente y la atención debe ser multidisciplinaria e integral.<sup>8</sup>

Las visitas anuales deben incluir examen físico: peso, talla, examen de mamas, examen pélvico, examen vulvar, examen rectal, revisión de la presión arterial y también una visita con el estomatólogo y se deben solicitar las siguientes pruebas de laboratorio o pruebas diagnósticas a discreción del médico : citología cérvico vaginal, radiografía, ecografía transvaginal, análisis de orina, hemoglobina, hematocrito, perfil hormonal (FSH, LH, estradiol), perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos), Papanicolaou, densitometría ósea, glicemia y si el caso lo amerita dosaje de calcio, fósforo y marcadores de resorción ósea.<sup>3</sup>

Sueño<sup>34</sup>: El sueño es un estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de nuestro organismo en contraposición con el estado de vigilia cuando el ser está despierto, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración) y por una respuesta menor ante estímulos externos.

El sueño representa una **función vital**, por ser imprescindible (el ser humano no puede vivir sin dormir), restauradora (el sueño repara el cuerpo cada día), complementaria y fundamental para asegurar la vigilia (se duerme para poder sentirse despierto al día siguiente), fisiológicamente necesario.

Las necesidades de sueño varían según la edad siendo en la mujer adulta de 8 horas aproximadamente. Durante el sueño profundo (Fase IV), se produce la restauración física y durante el sueño MOR la restauración de la función cognitiva (proceso de aprendizaje, memoria y concentración).

Por tanto dormir lo suficiente es vital, pero de la misma importancia es la calidad de sueño como ya lo mencionamos anteriormente y ello tiene que ver con las condiciones biológicas únicas de la mujer como el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia debido a los cambios de los niveles de sus hormonas.

De las 7-8 horas que duerme un adulto, aproximadamente el 5% corresponde a adormecimiento, la mitad del tiempo corresponde a sueño superficial y el 20-25% a sueño profundo. Esta distribución se modifica con la edad, de tal manera que en las personas mayores el sueño se hace más liviano y ocurren más despertares nocturnos, disminuyendo considerablemente el sueño profundo.

Las mujeres son dos veces más propensas a padecer alteraciones del sueño que los varones. En el caso concreto de la menopausia, son dos los trastornos del sueño que adquieren especial relevancia: el insomnio y el síndrome de apnea del sueño.

**Dimensión Psicológica:** Las manifestaciones psicológicas y emocionales a las que más se refieren incluyen: depresión, decaimiento, cansancio, cambios de humor y de estado de ánimo. Existe un prototipo psicosocial que identifica trastornos psicológicos atribuibles a esta etapa, muchas veces en combinación con actitudes irónicas: déjala, si está con la

menopausia; mamá estás senil, se me olvida algo y me dicen, estás menopáusica no le doy la mayor importancia.<sup>35</sup>

Se recomienda para la depresión vitamina C, D y Zinc: La vitamina C ayuda a combatir el estrés. La vitamina D es clave para mantener el bienestar, mientras que el zinc combate la melancolía o tristeza, ácido fólico: es un tipo de vitamina B. Mucha gente con depresión carece de ácido fólico en su dieta, hierro: la falta de hierro puede causar anemia, y por tanto bajar el ánimo, selenio: Una investigación publicada en Biological Psychiatry (1991) por Benton y Cook quienes sugieren que niveles bajos de selenio en la dieta se correlacionan con ansiedad, depresión y cansancio. Algunas fuentes naturales de alimentos con selenio son: pescado, castañas, carne, el ajo y granos enteros, omega-3: Está comprobado que el Omega 3 levanta el ánimo, mejora los sentimientos de bienestar.<sup>10</sup>

Estudios demostraron que el ejercicio es tan eficaz como la medicación para tratar la depresión. El ejercicio eleva los niveles de serotonina y dopamina. Los científicos han descubierto que los niveles altos de serotonina elevan el ánimo (mejoran y favorecen: el bienestar, la calma, la confianza y la concentración). Basta con empezar a caminar media hora todos los días. Se aconseja técnicas de relajación, meditación. Llevar una vida sin presiones ni estrés, realizar actividades novedosas y atractivas y salir de paseo.<sup>33</sup>

Dimensión Social<sup>36</sup>

Interacción Familiar

Relaciones Personales con los Hijos: La etapa del ciclo vital familiar más frecuentemente observada en este rango de edades es el correspondiente a la etapa de desmembramiento que corresponde cuando los hijos se apartan de la casa en pos del desarrollo personal, la madurez

sexual, la independencia económica y el fortalecimiento de la personalidad. Y, cuando ello acontece, la mujer se ha de quedar con lo que se ha dado en llamar el síndrome del nido vacío”, que hace referencia a la complejidad de emociones y sentimientos negativos que se pueden dar en los padres especialmente en la mujer cuando los hijos se marchan del hogar. Sentimientos de tristeza, abandono, soledad, irritabilidad, inutilidad, hasta pérdida del sentido de la vida.

Este fenómeno está atravesado por el contexto sociocultural y por la dinámica en la trama vincular de la pareja y familia. Esto ocurre cuando la mujer siente que el hogar está sólo, que sus hijos crecieron e hicieron vida independiente y ella siente que ha perdido su papel protagónico socialmente. Las metas que hasta el momento habían sido el motor de su realización personal pueden verse frustradas, si sus intereses giraban solamente o de manera predominante sobre la atención a los hijos, por tanto la relación con los hijos debe manejarse fraternalmente, más como amigos en comparación a la relación filial como sucedía en el pasado.

En ese momento, una reacción posible afirmativa sería la de sentir que ya se cumplió la misión de darles educación, crianza, casa, comida y mucho más. Y la mujer ya más madura puede tener más tiempo para ella o darse algún gustito postergado a lo largo de décadas, por la prioridad de asistir a los hijos.

Relaciones Personales con la Pareja: La pareja debe estar bien informada al respecto de la menopausia y debe haber también una comunicación abierta y franca entre ellos. De esta forma se puede llevar esta etapa con armonía, y para mejorar la relación de pareja es fundamental tener predisposición a superar cualquier dificultad, no huir de los problemas e intentar afrontar todas las dificultades juntos, expresar los sentimientos positivos es decir valorar y reconocer al otro, expresar elogios, sentimientos de afecto, resaltar sus éxitos.

Es crucial en el contexto social no dejar de lado la valoración de la satisfacción sexual, y propender por un acercamiento estrecho con la paciente para generar confianza para abordar con libertad el tema de la sexualidad, con esto podemos hacer que la paciente se ponga en contacto nuevamente con el disfrute de su cuerpo, de su genitalidad, del amor, y de su pareja, generando beneficios psicológicos, emocionales y físicos.

### Círculo Social <sup>36</sup>

Relaciones interpersonales: Los amigos durante ésta época comparten los mismas dificultades, son seres queridos irremplazables, que les permite mantener una vida social activa, se necesita también hacer nuevas amistades con el fin de evitar largos periodos de soledad y aislamiento y aquello se puede conseguir frecuentando asociaciones, asistir a reuniones, disfrutar aficiones y cultivar amistades.

### Recreación

En la actualidad la integración de la familia y especialmente de la mujer al proceso de la actividad física y la recreación es casi nula, ya que no se le brinda una atención especial a esta importante necesidad dentro de los centros deportivos de la comunidad y además teniendo en cuenta el rol que cumple la mujer en la sociedad actual(ahora ya no es solo ser madre y cría hijos sino también busca desarrollarse profesionalmente); así se puede ver que la población femenina no realiza de manera sistemática actividades recreativas que mejoren su condición de vida.

Ocupación del tiempo libre, el disfrute del ocio, el mantenerse activo la ayudará a sentirse viva, además que el disfrutar de un descanso después de haber cumplido las metas del día le

hará sentir una satisfacción gratificante y la ayudará a la relajación además de relacionarse socialmente y al mismo tiempo aprenderá cosas nuevas.

## TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para la enfermería, existen desde que Florence Nightingale expresó sus ideas acerca de la enfermería en 1859, en la actualidad cada profesional de la enfermería tiene su propia visión sobre la enfermería que influyen en las decisiones tomadas para satisfacer las necesidades de los seres humanos. Es conocido por los profesionales de la enfermería que no se pueden aplicar en todas las situaciones todos los modelos y teorías, sino una pequeña parte de ellos que respondan a una necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar como causa de una situación de salud particular. Los modelos y teorías de enfermería se utilizan para guiar y facilitar la práctica de los enfermeros(as).<sup>2</sup>

Es decir, las teorías de enfermería son un conjunto de conceptos interrelacionados, que intentan describir o explicar el fenómeno denominado Enfermería. Se ocupan de especificar las relaciones que existen entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud y enfermedad.

Sirve como guía para el mejoramiento de la profesión y como base para las investigaciones que aumenten el cuerpo de conocimiento de la enfermería. En la medida en que se comprendan las teorías se podrá participar con un objetivo determinado y de la manera más eficaz en la atención de enfermería.

Dorothea Elizabeth Orem (Teoría de autocuidado) <sup>37</sup>

Nace en 1914, Baltimore, Maryland, es la menor de dos hermanas, en el año 1930 se graduó de la Escuela de Enfermería en la Provincia de Washington, Dc, en el año 1945 obtuvo su Maestría en Educación en Enfermería.

Fue una enfermera estadounidense que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada por varias teorizadoras de la enfermería. Ha descrito la Teoría General del Autocuidado y su trayectoria profesional la llevó a promover su teoría. En 1970 deja la docencia para dedicarse a la consulta privada y en 1971 publica su primer libro Conceptos y Prácticas de Enfermería donde expone sus conceptos que eran muy complejos de entender, los cuales se fueron aclarando y simplificando, en 1976 obtiene un doctorado de la Universidad de Georgetown y su última edición la realizó en el año 1999. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas: la del Autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería.

Uno de los constructos que describe esta teoría es el del Autocuidado cuyo objetivo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, además propone que el autocuidado no es innato, se debe aprender, por lo tanto requiere que se enseñen, y esta actividad de enseñanza constituye uno de los cinco métodos de ayuda (actuar compensando el déficit, proporcionar un entorno para desarrollo, guiar, apoyar y enseñar) por tanto, es una responsabilidad de todo profesional de la salud, uno de ellos el enfermero regular el ejercicio, desarrollo y la acción de autocuidado de acuerdo al nivel de conocimientos que hayan adquirido las mujeres en el trayecto de su vida y para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio (la enfermera sufre al individuo en sus cuidados), parcialmente

compensatorio (el personal de enfermería proporciona autocuidados con la colaboración del paciente semi-dependiente) o de asistencia/enseñanza (la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado según la capacidad y la voluntad de la persona).

Orem define al ser humano como un todo desde una visión holística y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a desviaciones de la salud.

La salud se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y el entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos.<sup>21</sup>

22

Madeleine Leininger (cuidados culturales, teoría de la diversidad y la universalidad)<sup>37</sup>

Nació en Sutton, Nebraska el 13 de julio de 1925, fue fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas. Fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social.

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferencias culturales y subculturales del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico

para que proporcione una práctica de cuidados de enfermería específicos para la cultura y una práctica de cuidados de enfermería universales de la cultura.

Así mismo, define que así como la enfermería es significativa para los pacientes y para el profesional de enfermería, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

Enfermería Transcultural: Tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

Enfermería Intercultural: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

## **Definición de términos**

Mujer pre-menopáusia: Es la mujer que atraviesa una etapa de su vida entre los 35 y 45 años, como edad promedio, previa a la menopausia.

Nivel de Conocimiento.-Es el conocimiento que tienen las mujeres de su cuerpo, de los cambios hormonales que se producen y que les produce una serie de cambios después de la menopausia y sobre el autocuidado en etapas previas ya que de ello va a depender la intensidad de los síntomas.

Prácticas de autocuidado: Conjunto de acciones o actividades intencionadas que realiza una mujer pre-menopáusica para disminuir los riesgos de los síntomas o complicaciones derivados de los cambios en la dimensión biológica, psicológica y social que se originan con la menopausia.

## **2.5 Variables y Operacionalización de las variables**

### **2.5.1 Variables**

Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en las mujeres pre-menopáusicas de 35 a 45 años.

Prácticas de Autocuidado.

Operacionalización de las variables (ver anexo 1).

# CAPÍTULO 3

## METODOLOGÍA

### **3.1 Enfoque de la Investigación**

Es de tipo cuantitativo porque generó información numérica y está fue procesada aplicando técnicas estadísticas.<sup>38</sup>

### **3.2 Tipo y Método de Investigación**

El tipo de investigación es aplicada porque nos brinda información para ampliar la base de conocimientos sobre las prácticas de autocuidado en la pre-menopausia.<sup>39</sup>

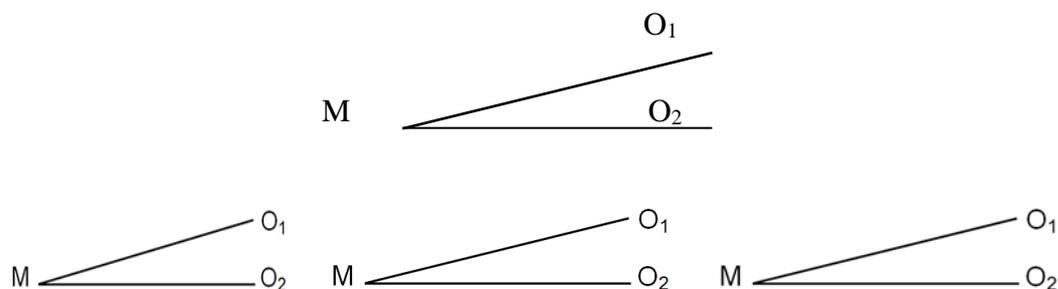
El método es no-experimental puesto que se describió la realidad y el investigador no ha manipulado o introducido alguna variable, siendo sólo testigos de la realidad.<sup>38</sup>

### **3.3 Diseño de Investigación**

El diseño que se utilizó es el descriptivo, teniendo como objetivo principal medir el conocimiento de las mujeres pre-menopáusicas acerca de las prácticas de autocuidado que realizan cuyos datos obtenidos fueron procesados mediante la estadística. En este estudio

se utilizó la información de datos a medida que iban sucediendo en un determinado momento y según el período de la secuencia del estudio, transversal.

Se diagrama como sigue:



Dónde:

M Grupo de mujeres en la pre-menopausia de 35 a 45 años.

O<sub>1</sub> Conocimientos en la pre-menopausia.

O<sub>2</sub> Prácticas de autocuidado en la pre-menopausia.

## Lugar de ejecución de la investigación

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Local de Huaycán, el cual se encuentra ubicado en la Av. Andrés Avelino Cáceres, zona B frente a la loza deportiva de Invermet, Comunidad Autogestionaria De Huaycán, distrito de Ate Vitarte ,en el cono Este de Lima Metropolitana.

Este Hospital abrió sus puertas en Setiembre de 1984 en un local construido con esteras, como Puesto de Salud dependiente del actual Hospital de Referencia Hipólito Unanue y siendo inaugurado como Centro de Salud recién en setiembre de 1986 .Desde entonces desarrolló un trabajo coordinado y sostenido con su comunidad lo que le permitió a pesar de sus escasos recursos humanos alcanzar adecuadas coberturas de salud en sus Programas Preventivos Promocionales.

La complejidad de las ocurrencias en los diferentes servicios de atención de salud encaminaron a que en agosto del 2003 mediante Resolución Ministerial N° 0868-2003-SA/DM el Hospital Huaycán fuera elevado a la categoría de Hospital de Baja Complejidad Huaycán Nivel II-1, iniciándose así una nueva etapa del desarrollo institucional en beneficio de la comunidad más necesitada de Huaycán.

En el 2012 con Ley de presupuesto 2013 aprueba la creación como unidad ejecutora y el 19 de setiembre, según Resolución Ministerial N° 587-2013/MINSA se formaliza la creación de Unidad Ejecutora.

Actualmente el Hospital atiende a 2 264 mujeres pre-menopáusicas de 35 a 45 años por trimestre en consultas externas. La planta física está dividida por bloques: Bloque A: Área Niño (PAI, CRED), Consultorio Externo de: Pediatría, Odontología, Nutrición y Psicología, Área Transmisibles, Triage de Pediatría, módulo de PSEA, Oficina de Admisión, Oficina del SIS, caja, comedor y cocina.

Bloque B: Farmacia, laboratorio, diagnóstico por imágenes, Consultorio externos de: Ginecología, Obstetricia, Cirugía y Medicina, Oficina de Pelmatoscopia, Sala de Hospitalización de Gineco-Obstetricia A y B, Pediatría, Cirugía y Medicina, Sala de Partos, Sala de Operaciones A y B, Servicio de Emergencia y Observación, Banco de Sangre. Bloque C: Servicio Social, Unidad de Epidemiología, Salud Ambiental (Oficinas compartida) Unidad de Capacitación, Unidad de Planeamiento (Oficinas compartida), Unidad de Estadística y Star Medico. Bloque D: Almacén, Mantenimiento (primer piso). Dirección, Oficinas Administrativas, Secretaria (segundo piso).

## **Población, Muestra, Selección y Unidad de Análisis**

La población de estudio estuvo conformada por las mujeres en la etapa pre-menopáusicas es decir de 35 a 45 años que acudieron al Hospital de Huaycán durante el trimestre octubre, noviembre y diciembre (N=2264). Para determinar el tamaño muestral (n=317) de las mujeres pre-menopáusicas se usó la fórmula para población finita (Ver anexo 2); el tipo de muestreo empleado es probabilístico y la unidad de análisis son las mujeres pre-menopáusicas.

### **3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión**

Criterios de Inclusión:

Mujeres entre 35 y 45 años.

Mujeres sin alteraciones mentales.

Mujeres que se atendieron en el Hospital de Huaycán.

Criterios de Exclusión:

Mujeres menores de 35 años y mayores de 45 años.

Menopausia como consecuencia de una operación quirúrgica (histerectomía con extirpación ovarios), quimioterapia o radioterapia; eventos que de adelantan la menopausia y no se puede realizar una adecuada prevención.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se usó la técnica de la encuesta y como instrumento dos cuestionarios, por considerarse adecuado para cumplir con los objetivos del estudio que fue

la de obtener información sobre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado de las mujeres entre los 35 y 45 años de edad. (Ver anexo 3)

El primer cuestionario constó de 15 preguntas cerradas dicotómicas para medir el nivel de conocimiento sobre la menopausia y el autocuidado, el cual se dividió a su vez en dos dimensiones: conceptos generales y autocuidado en la menopausia abarcando mujer en la pre-menopausia, signos y síntomas de la menopausia, aspectos psicológicos, aspecto social, factores que influyen sobre la edad de la menopausia, nutrición, actividad y ejercicio, sueño, control médico, trastornos afectivos, interacción familiar, círculo social y recreación.

El segundo cuestionario constó 21 preguntas para medir las prácticas de autocuidado, ésta variable se dividió en tres dimensiones: biológica, psicológica y social abarcando nutrición, actividad y ejercicio, control médico, sueño, control de hábitos nocivos, trastornos afectivos, interacción familiar, círculo social y recreación. Teniendo un valor de 1 punto cada respuesta correcta y 0 cada respuesta incorrecta.

Previamente para su validez fue sometido a juicio de expertos (especialistas en el área), a los cuales se les proporcionó el resumen del proyecto de investigación y el instrumento conteniendo criterios para su evaluación, siendo los resultados valorados mediante la prueba binomial ( $p < 0,05$ ); así mismo todas sus sugerencias se tomaron en cuenta para mejorar el instrumento. (Ver anexo 4)

Posteriormente se aplicó una prueba piloto a una muestra de 50 mujeres premenopáusicas de 35 – 45 años que acudieron al Hospital de Huaycán que no estuvieron incluidas en la población de estudio, para determinar la confiabilidad estadística se utilizó la prueba de Kuder Richardson y Alfa de Crombach. (Ver anexo 5)

## **Procedimiento de recolección de datos**

Se solicitó el permiso a la Directora del Hospital de Huaycán, la Doctora Odalis Jimenez Rojas (se adjuntó Proyecto, Carta de solicitud por la Directora de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma) la respuesta nos fue dada en tres días calendario siendo ésta positiva; con ésta respuesta nos enviaron al Departamento de Capacitación e Investigación para coordinar con el Jefe de dicha área Lic. Raúl Chuquiyaui Justo, quien nos comentó que no tenían un Comité de Ética pero si contaban con un Comité de Investigación siendo ellos los encargados de revisar el proyecto y brindarnos la autorización para que procediéramos a realizar la recolección de datos.

Se orientó acerca de las encuestas que se realizaron a las mujeres de 35 a 45 años de edad previo consentimiento informado, respetando el anonimato de las respuestas, la ejecución de la recolección de datos se realizó el mes de febrero de 2016.

## **Aspectos Éticos**

Para ejecutar el estudio se contó con las autorizaciones de los representantes del Hospital de Huaycán (Ver anexo 12) y las participantes fueron informadas respetándose su decisión por medio de la firma del consentimiento informado de las mujeres en estudio. (Ver anexo 6 y 7)

Esta investigación tuvo como objetivo de estudio al ser humano por tanto fue evaluado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma y después fue presentado al Comité de Investigación del Hospital de Huaycán para su aprobación. (Ver anexo 8)

Posteriormente a esta evaluación se realizaron todas las coordinaciones para la aplicación del instrumento, tomando en cuenta las normas éticas y jurídicas aprobadas en la Declaración sobre bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) reforzando el código de Nuremberg los cuales están publicados en el Colegio de Enfermeros del Perú que toma como puntos principales la voluntariedad, información, competencias, respeto y protección de las personas.

Se respetó los principios bioéticos de: Autonomía, ya que los usuarios no fueron forzados a participar, asegurando el consentimiento libre y voluntario; justicia, porque todos recibieron el mismo trato; beneficencia ya que no se transgredió ni se puso en riesgo la integridad de las personas y no maleficencia porque no se alteraron los datos de la investigación.

## **Análisis de datos**

Se utilizó el análisis de frecuencia a nivel descriptivo y se consideraron los porcentajes extremos, los más altos y los más bajos, también se usaron la frecuencia alta y baja, el procesamiento de los datos fue manual al inicio, haciendo uso del Excel 2013 y del paquete SPSS 21.0 presentado los resultados en tablas y gráficos. Se tuvo en cuenta para el análisis final los objetivos y el marco teórico.

Para el valor final de las variables se consideró: para el nivel de conocimiento alto, medio y bajo (mediante escala de Stanones) y en prácticas de autocuidado como adecuadas o inadecuadas, asignándose el puntaje teniendo en cuenta el valor de la media.(Ver anexo 9)



# CAPÍTULO 4

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

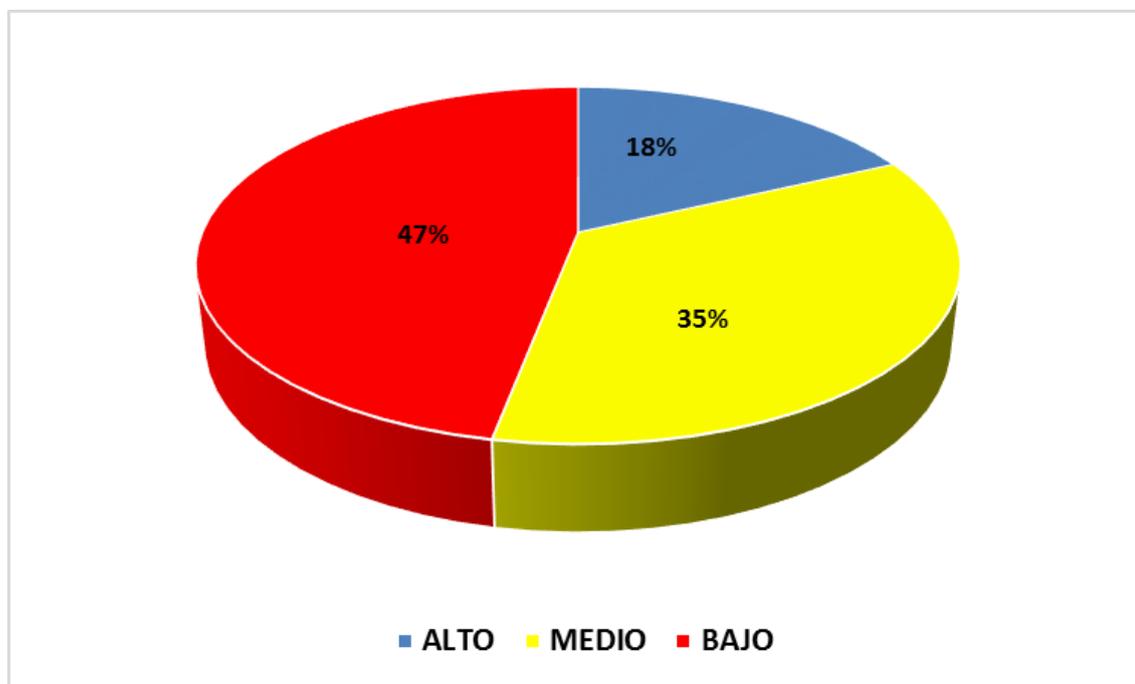
### 4.1 Resultados

Tabla 1: Datos Sociodemográficos de mujeres en la etapa de la pre menopausia Hospital de Huaycán – 2016.

DATOS	CATEGORIA	n=317	100%
Edad	35 a 40 años	112	35
	41 a 45 años	205	65
Estado Civil	Soltera	50	16
	Casada	32	10
	Conviviente	199	63
	Separada	36	11
Grado de Instrucción	Primaria	47	15
	Secundaria	220	70
	Superior Técnico	29	9
	Superior Universitario	21	6
Ocupación	Ama de Casa	180	57
	Comerciante	81	25
	Costurera	21	6
	Limpieza	35	11

Las mujeres en la etapa de la pre menopausia (n=317) se encuentran en su mayoría con edades entre 41 a 45 años 65% (205), estado civil convivientes 63% (199), grado de instrucción secundaria 70% (220) y ocupación ama de casa 57% (180).

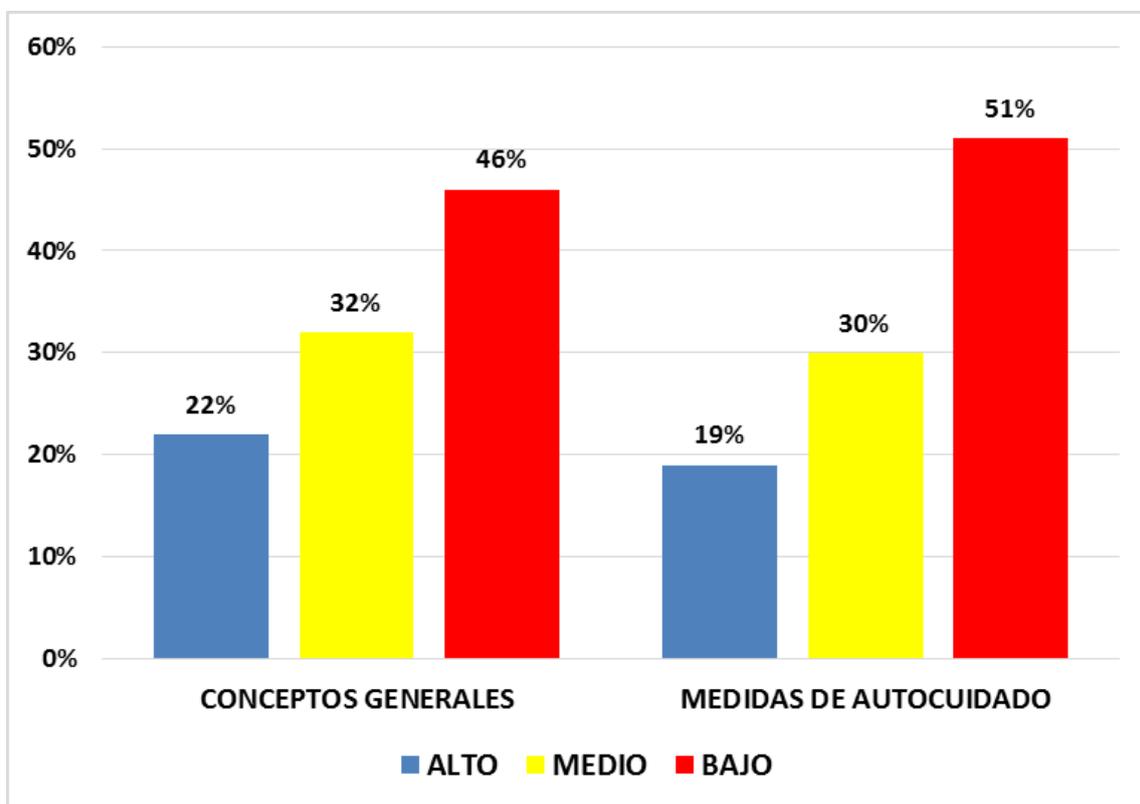
Gráfico 1: Conocimiento de Prácticas de Autocuidado en mujeres en la etapa de la pre menopausia Hospital de Huaycán – 2016.



Las mujeres en la etapa de la pre menopausia (n=317) tienen un nivel de conocimiento bajo sobre el autocuidado 47% (150), nivel medio 35% (111) y alto 18% (56).

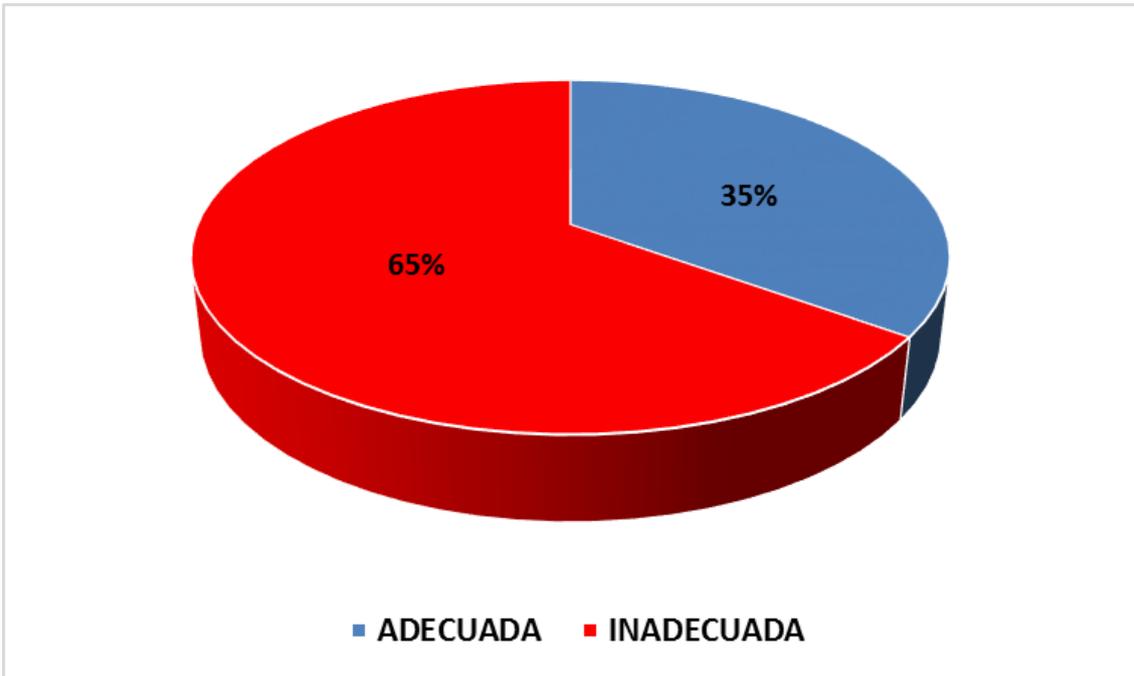
Gráfico 2: Conocimiento de Prácticas de Autocuidado según dimensiones en mujeres en la etapa de la pre menopausia Hospital de Huaycán – 2016.

Las mujeres en la etapa de la pre menopausia (n=317) tienen un nivel de conocimiento bajo



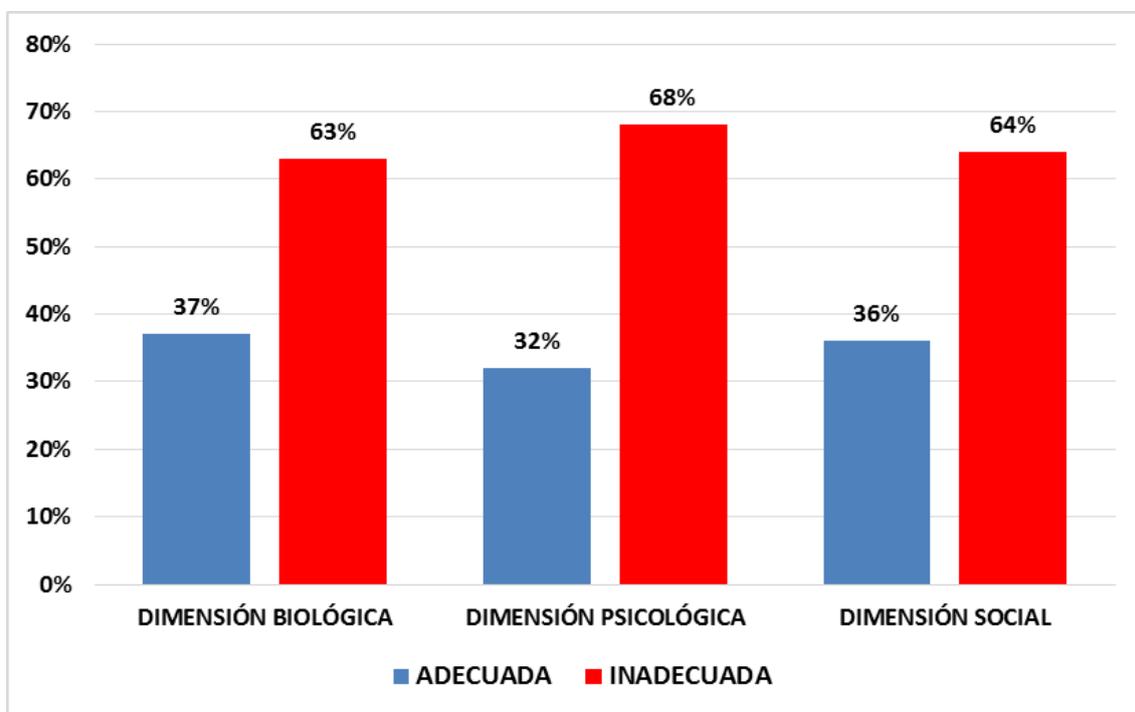
sobre el autocuidado respecto a los conceptos generales 46% (146) y en medidas de autocuidado 51% (162).

Gráfico 3: Prácticas de Autocuidado en mujeres en la etapa de la pre menopausia Hospital de Huaycán – 2016.



Las mujeres en la etapa de la pre menopausia (n=317) tienen una práctica inadecuada de autocuidado 65% (205) y adecuada 35% (112).

Gráfico 4: Prácticas de Autocuidado según dimensiones en mujeres en la etapa de la pre-menopausia Hospital de Huaycán – 2016.



Las mujeres en la etapa de la pre menopausia (n=317) tienen una práctica inadecuada de autocuidado en la dimensión biológica 63% (200), psicológica 68% (216) y social 64% (203).

## 4.2 Discusión

Este estudio realizado en el Hospital de Huaycán, permite evaluar el nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre-menopáusicas, debido a que existe un alto índice de problemas de salud relacionados con la menopausia ocupando éstas el cuarto lugar en las atenciones hospitalarias.

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la esperanza de vida de la población peruana aumentó en 15 años, en las últimas cuatro décadas, por lo que, las peruanas vivirán, en promedio 77,3 años <sup>8</sup>, esto da un margen de vida de unos 15 a 30 años después de la menopausia, esto quiere decir que durante esta etapa la mujer tiene mayor riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, osteoporosis, complicaciones graves y a veces mortales que generan un alto costo, convirtiéndose en un problema familiar y social.<sup>9</sup>

La información que se presenta en la Tabla 1 indica los datos generales de las mujeres pre menopáusicas entre las edades de 35 a 45, observándose que las mujeres durante ésta etapa se encuentran en su mayoría con edades entre 41 a 45 años en un 65%, su estado civil mayormente son convivientes 65%, en su grado de instrucción nivel sólo cuentan con nivel secundario en un 70% y su ocupación es ama de casa 57%.

Actualmente se promueve la salud basándose en recomendaciones surgidas de las evidencias clínicas y epidemiológicas dirigidas a la prevención de procesos crónicos y degenerativos relacionados con factores de riesgo susceptibles de incidir. Surge así el concepto de cuidado anticipado, el cual implica el desarrollo de actividades dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades actuando sobre factores de riesgo modificables y detectando los que están en fase pre-sintomática, mediante la educación para la salud se pretende conseguir modificaciones en el estilo de vida de las mujeres.<sup>1</sup>

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, siendo el resultado lo que se vive en los siguientes años, pero se tiene la opción de mejorar el bienestar físico al cambiar la conducta.<sup>2</sup>

En relación a la encuesta realizada con dicha población de mujeres (Gráfico 1) el 47% de mujeres encuestadas manifiesta un bajo conocimiento sobre el autocuidado, el 35% un nivel de conocimiento medio y sólo el 18% un nivel alto. Estos resultados coinciden con el estudio de Acuña E, quien realizó un estudio en Huarochirí, obteniendo como resultado que el nivel de conocimiento de las mujeres pre menopáusicas acerca de la menopausia es bajo 62%, medio 26% y alto 12%.<sup>16</sup>

Por tal razón dichas mujeres en edad pre menopáusica del estudio estarían en riesgo de padecer mayores complicaciones o algún otro problema durante esta etapa, tales como: osteoporosis, problemas cardiovasculares,<sup>9</sup> complicaciones psicológicas, etc. por tal razón requieren de atención primaria para lograr disminuir los síntomas de la menopausia, la prevención de dichas enfermedades y sus secuelas a lo largo de su vida.

El período del climaterio es una etapa de transición en la vida de la mujer caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales. Es una etapa dinámica marcada por la repercusión de los cambios hormonales, principalmente por la paulatina disminución de los estrógenos.

El personal de enfermería es el profesional adecuado para educar a las mujeres durante el climaterio: pre menopausia, menopausia y la postmenopausia, con el propósito de dar una visión actualizada de esta etapa que permita planificar cuidados específicos, enfocándose en la prevención y promoción de la salud, a través de un estilo de vida saludable.

Se puede observar que las mujeres en la etapa de la pre menopausia tienen un nivel de conocimiento bajo sobre el autocuidado respecto a los conceptos generales 46% y en

medidas de autocuidado 51%. (Gráfico 2, Anexo 10) estos datos concuerdan con la investigación de Barrientos y Casas-Cordero quienes demostraron que un 16,1% de las informantes no conocen la definición de climaterio, sin embargo, sí reconocen en su mayoría la sintomatología propia de este periodo y medidas no farmacológicas para aliviar estos síntomas. En cuanto a las prácticas de autocuidado, la mayoría de las mujeres asiste a control ginecológico (79,0%), consume alimentos saludables durante la semana (66%), evita el consumo de alcohol (64,5%) y cigarrillo (71,0%) y no utilizan medidas farmacológicas (79,0%).<sup>13</sup>

La Educación para la Salud promueve hábitos y estilos de vida saludables y responsables. La búsqueda de una mayor calidad de vida, entendida ésta, como el conjunto de condiciones necesarias que permiten a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su entorno, se ha convertido en uno de los principales objetivos que la sociedad persigue.

El personal de enfermería constituye un elemento de referencia para informar y ayudar a la mujer en esta etapa; así como para servir de apoyo a otros profesionales que deseen trabajar en este campo, para prestar una atención integral a la mujer climatérica. La principal herramienta es la promoción y la educación para la salud, que a continuación se detalla abordando los principales problemas que se presentan en esta etapa.

También se observa que las mujeres en la etapa de la pre-menopausia tienen una práctica inadecuada de autocuidado 65% y adecuada 35%.(Gráfico 3) encontrándose que éstos resultados son casi similares a los resultados de Guerrero D. a través de su estudio realizado recalca que el conocimiento podría influir en su autocuidado que al no contar con suficientes elementos que orienten a la realización del mismo la alimentación que consumen está constituida de carbohidratos en su mayoría 70,97%; en cuanto al ejercicio sólo el 71,29% no lo practican (la actividad más frecuente son las caminatas porque forma parte de su rutina de trabajo); más de la mitad (65,59%) de las mujeres acuden al médico sólo en caso de enfermedad y el 69,89% del grupo se automedican.

El Autocuidado es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.<sup>29</sup> Se considera también como una función regulatoria que los individuos llevan a cabo deliberadamente para cubrir necesidades vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente.

Así mismo, el autocuidado tiene una gran influencia a partir de la teoría propuesta por Dorotea Orem<sup>4</sup>, 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.

De igual manera, se observan resultados en cuanto a las prácticas de autocuidado según dimensiones en mujeres en la etapa de la pre menopausia (Gráfico 4) evidenciándose que las mujeres en la etapa de la pre menopausia tienen una práctica inadecuada de autocuidado en la dimensión biológica 63% (Anexo 11) psicológica 68% y social 64% (Anexo 12). Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Camarena A.<sup>15</sup>, quien lo realizó en Puente Piedra, donde indican que el nivel de autocuidado es inadecuado respecto a lo biológico 76% y psicosocial 60%.

Orem define el autocuidado como un conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, consistiendo en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.<sup>30</sup>

Con los hallazgos reportados se evidencia una contribución del rol educativo, preventivo y promocional por parte del profesional de enfermería sobre el conocimiento de las personas en zonas rurales, por lo que se hace necesario que dicho profesional desarrolle e implemente actividades educativas de carácter extramural en coordinación con los actores sociales que permitan la promoción de estilos de vida saludables en la población vulnerable.

# CAPÍTULO 5

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### **5.1 Conclusiones**

El nivel de conocimiento es bajo y las prácticas de autocuidado son inadecuadas en las mujeres pre-menopáusicas de 35 a 45 años que acuden al Hospital de Huaycán, Febrero 2016.

El nivel de conocimiento sobre las prácticas de autocuidado biológica, psicológica y social en las mujeres pre-menopáusicas de 35 a 45 años que acuden al Hospital de Huaycán es bajo.

Las prácticas de autocuidado en la dimensión biológica, psicológica y social en las mujeres pre-menopáusicas de 35 a 45 años que acuden al Hospital de Huaycán son inadecuadas.

### **5.2 Recomendaciones**

A toda mujer menor de 35 años que consulte por cualquier patología en el primer nivel de atención, se le debería ofrecer los siguientes programas: Promoción de salud, Prevención y Asistencia.

El programa de prevención de la enfermedad de la mujer ha de implicar a todo su organismo y no reducirse a su aparato genital, por este motivo debería ser llevado adelante tanto por el médico de atención primaria o por el especialista en ginecología.

El profesional de enfermería debe asumir el papel de educador dinámico : planeando, ejecutando y evaluando programas de intervención para facilitar el desarrollo de las mujeres de manera individual y grupal en el cuidado de la salud.

Se propone el siguiente temario básico en autocuidado para mujeres pre-menopáusicas (sujeto a modificaciones en función de las inquietudes de las participantes) : Menopausia y climaterio: Mitos y realidades, Importancia del estilo de vida y hábitos saludables en condiciones de hipoestrogenismo, Sexualidad en la etapa post-reproductiva, entre otros.

El estudio fue realizado en el Hospital de Huaycán ubicado en una Comunidad Autogestionaria (NSE: D y E), por lo cual sería recomendable desarrollar investigaciones complementarias en centros de salud que brinden atención a mujeres de nivel socioeconómico A, B y C, que permita establecer el nivel de conocimientos y prácticas en los diferentes estratos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. [Internet] 2010. [citado el 4 de setiembre de 2015] 27(1). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/01.pdf>

Capote M, Segredo A, Gómez O. Climaterio y menopausia. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* [Internet] 2011. [Citado el 20 de Agosto del 2015], 27(1). URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013)

Davis S, Lambrinoudaki I, Lumsden M, Mishra G, Pal L, Rees M. Menopausia: una puesta al día en profundidad. *Rev. Intramed* [Internet] 2015 [Citado el 4 de setiembre de 2015] 1. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=86861>

Ministerio de Salud Pública. Atención integral de la salud de la mujer en climaterio para el primer nivel de atención y Prevención de consecuencias evitables. [Internet] 2009 [Citado el 28 de noviembre de 2015] 1(8). Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18712es/s18712es.pdf>

Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopausicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev. chil. obstet. Ginecol.* [Internet] 2010 [Citado el 15 de Agosto del 2015]; 75 (1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000100004&script=sci_arttext)

Pérez A, Rojas L. Menopausia: panorama actual de manejo. *Revista Med.* [Internet] 2009. [Citado el 20 de Agosto del 2015], 19(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/910/91022534006.pdf>

Servicios de Salud para el estado de Puebla. Día mundial del climaterio y menopausia. *Monitor de la Salud.* [Internet] 2010. [Citado el 20 de Agosto de 2015] 1(24). Disponible en: [http://ss.pue.gob.mx/images//NOTICIASYEVENTOS/NOTICIAS/Climaterio\\_y\\_Menopausia/Dia\\_Mundial\\_Climaterio\\_y\\_Menopausia\\_Osteoporosis.pdf](http://ss.pue.gob.mx/images//NOTICIASYEVENTOS/NOTICIAS/Climaterio_y_Menopausia/Dia_Mundial_Climaterio_y_Menopausia_Osteoporosis.pdf)

Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas. INEI. [Internet] 2015. [citado el 20 de mayo de 2016]

Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/>

González Y., Hernández I., Hidalgo L., Pedroso J., Feal N., Báez E., Intervención educativa para elevar conocimientos sobre climaterio y menopausia. *AMC.* [Internet] 2010. [Citado el

10 de setiembre de 2014]16(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552012000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000100002)

Sotelo W, Calvo A. Niveles de vitamina D en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis primaria. Rev. Med. Hered. [Internet] 2011.[Citado el 13 de agosto de 2014]22(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000100003&script=sci_arttext)

Moure L, Fernández R, Rodríguez A, Duran P, Salgado C. Hábitos alimentarios de las mujeres en relación con el nivel de conocimientos sobre el climaterio. Enfermería Global. [Internet] 2010.[Citado el 20 de setiembre de 2014]9(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110801>

Guerrero D. Conocimientos y Autocuidado en la menopausia en mujeres de la Parroquia Paquisha. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Loja-Ecuador. [Internet]2012. [Citado el 15 de Agosto del 2015]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4042/1/GUERRERO%20NARV%20C3%81EZ%20DANIELA%20CORINA.pdf>

Barrientos C, Casas-Cordero K. Prácticas de autocuidado en salud y conocimiento que tienen mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo peri-menopáusico. [Tesis de licenciatura]Valdivia-Chile. Universidad Austral de Chile.[Internet]2013[Citado el 21 de Agosto de 2015]Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fmb2751p/doc/fmb2751p.pdf>

Lecca S, Pinchi N. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al climaterio en mujeres atendidas en el Hospital II-2. (Tesis de licenciatura).Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto-Perú.[Internet] 2012. [Citado el 14 de agosto de 2015]Disponible en: [http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyecto/archivo\\_108\\_Binder1.pdf](http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_108_Binder1.pdf)

Camarena A. Manifestaciones Peri-menopáusicas y Autocuidado que realizan las mujeres del Asentamiento Humano Virgen del Carmen. Puente Piedra (Tesis de licenciatura). Universidad Privada San Juan Bautista, 2013. [Citado el 14 de agosto de 2015].

Acuña E. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado de mujeres pre-menopáusicas del Casco Urbano Ricardo Palma. Huarochirí (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada San Juan Bautista, 2012. [Citado el 14 de agosto de 2015].

Bunge M. La Investigación Científica.2 Edic. Editorial Ariel. Barcelona-España 1985.

Navarro M. López A. Nivel de Conocimiento y Actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Las Palmas-Distrito de Morales (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional

de San Martín. Tarapoto-Perú.[Internet] 2012. [Citado el 14 de agosto de 2015] Disponible en:

[http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyecto/archivo\\_87\\_Binder1.pdf](http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_87_Binder1.pdf)

Diccionario de la Real Lengua Española.[Internet] 23 Edic.España.2014 [Citado el 28 de Noviembre ].Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>

Santiago M; Rodríguez M. Investigación y evaluación educativa en la sociedad del conocimiento. [Internet] 1. Edic. Universidad de Salamanca. España; Edit. Aquilafuente 157 .2010. [Citado el 15 de mayo del 2014] Disponible en:

<https://books.google.com.pe/books?id=0OmjkbteDG8C&pg=PA82&dq=tipos+de+conocimiento&hl=es419&sa=X&ei=7oHdVPT8B4KoNsOUgZgD&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=tipos%20de%20conocimiento&f=false>

Martínez B., Céspedes N. Metodología de la Investigación. 1. Ediciones Libro Amigo. Perú. Edit. Sanchez S.R.L; 2008.

Sánchez-Borrego R, Manubens M, Mendoza N. La Menopausia.[Internet].[Citado el 3 de setiembre de 2015]. Disponible en:

[http://www2.univadis.net/microsites/area\\_salud\\_mujer/pdfs/3-La\\_Menopausia.pdf](http://www2.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/3-La_Menopausia.pdf)

Barcia J. Síntomas vasomotores en la mujer climática. Rev. Cubana Obstet Ginecol.[Internet] 2011.[Citado el 4 de setiembre de 2015] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000400014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400014)

Vasquez J. Morfin J. Estudio del Climaterio y la Menopausia. Ginecol Obstet Mex. [Internet] 2010 [Citado el 4 de setiembre de 2015] 239(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom099m.pdf>

Mejía A. Nivel de conocimiento y prácticas preventivas sobre osteoporosis en mujeres premenopáusicas. Asentamiento Humano Juan Velazco. Ricardo Palma. Junio 2010. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Privada San Juan Bautista.

Angelino M, Bajares M, Pizzi R. Consenso Venezolano de Menopausia Actualización 2008.[Internet].2008.[citado el 2 de setiembre de 2015],27 (1).Disponible en: <http://www.sogvzla.org/sogvzlawebold/pdfs/consensos/ConsensoMenopausia2008.pdf>

Monterrosa A, Carriazo Julio, Ulloque L. Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en postmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el Caribe colombiano. Rev. Colombiana Obstet- Ginecol.[Internet] 2012 [Citado el 20 de Agosto del 2015] 63 (1). Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342012000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342012000100003)

Couto D, Nápoles D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. MEDISAN.[Internet] 2012.[citado el 5 Agosto del 2015];16(8).Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000800001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800001)

Lozano J. Aspectos Psicosociales de la Menopausia. Temas de medicina familiar.[Internet].Universidad Javeriana-Colombia 2012.[citado el 4 de setiembre de 2015]. Disponible en: <https://preventiva.wordpress.com/2012/07/16/aspectos-psicosociales-de-la-menopausia/>

Ramos MB. Aspecto Psicológicos de la Menopausia. Medicina y Salud. Universidad autónoma de México.[Internet] 2010.[Citado el 18 de Setiembre de 2015] Disponible en: [www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/08\\_ago\\_2k10.pdf](http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/08_ago_2k10.pdf)

Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las personas/T: Consejos saludables del cuidado y autocuidado para el adulto mayor.[Internet]1. 2008[Citado el 24 de octubre de 2015] Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-Autocuidado-Adultas-Mayores.pdf>

Prado L, Gonzales M, Paz N, Romero B. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet] 2014 Cuba. [Citado el 29 de Agosto del 2015], 36(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)

Quintero P, Pérez M. La actividad física: una vía para mejorar los síntomas durante el climaterio. Rev. Ciencias Médicas. [Internet]2008[Citado el 28 de Agosto del 2015] 12(1).Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942008000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942008000100005&script=sci_arttext)

Palacios S. Alteraciones del sueño en la menopausia. Menopausia(Pacientes) Salud Mujer.[Internet] 2010 España.[Citado el 15 de setiembre de 2015 ]Disponible en: <http://www.institutopalacios.com/blog/alteraciones-del-sueno-en-la-menopausia/>

Gómez A, Mateos A, Simón M, Cutanda B, García LL. Representaciones socio-culturales sobre la menopausia: Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). Index Enferm. [Internet] 2010. [Citado el 28 de Agosto del 2015]. 17(3).Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300002)

Mendoza M. Efectos psicológicos de la Menopausia.[Internet] 2012[Citado el 25 de octubre de 2015] Disponible en: <http://dramendozaburgos.com/blog/efectos-psicologicos-de-la-menopausia/comment-page-1/>

Raile M., Marriner A., Modelos y teorías en enfermería, Ed. Elsevier mosby, España-2010.

Polit, Huntler. Investigación Científica en ciencias de la Salud, Ed. Mc Graw Hill, Sexta Edición, México-2005.Pág.119.

Cazau P. Introducción a la Investigación de las Ciencias Sociales. [Internet] 3 ed. Buenos Aires:2006 [citado 1 de abr 2016] Disponible en: <http://alcazaba.unex.es/asg/400758/MATERIALES/INTRODUCCI%C3%93N%20A%20LA%20INVESTIGACI%C3%93N%20EN%20CC.SS..pdf>

## ANEXOS

## ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Conocimiento de Autocuidado en la Menopausia	Es un proceso mental que le permite a la mujer desarrollar una concepción o teoría de sí mismas y le proporciona un medio para racionalizar y justificar su forma de percibir, pensar y actuar favorablemente en el cuidado de su salud.	Conceptos generales	Conocimientos básicos que la mujer ha adquirido sobre la menopausia para considerar aspectos para relacionar al autocuidado	<p>Mujer en la pre-menopausia.</p> <p>Signos y síntomas de la menopausia.</p> <p>Aspectos Psicológicos</p> <p>Aspecto Social.</p> <p>Factores que influyen sobre la edad de la menopausia.</p>

		Autocuidado en la menopausia	Acciones que favorecen el proceso de la menopausia disminuyendo las molestias propias de esta etapa.	<p>Nutrición</p> <p>Actividad y ejercicio.</p> <p>Sueño</p> <p>Control Médico.</p> <p>Transtornos Afectivos.</p> <p>Interacción familiar.</p> <p>Círculo social</p> <p>Recreación.</p>
--	--	------------------------------	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Práctica de Autocuidado	Acciones para mantener la vida y la salud, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables. Las diferentes formas de responder a éstas necesidades crean e instauran hábitos personales que cada persona se brinda a sí mismo cuando se adquiere autonomía.	Biológica	Conjunto de acciones y actividades positivas realizadas de forma intencional para contribuir en la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo del ser humano.	Nutrición Actividad y ejercicio Control Médico. Sueño Control de hábitos Nocivos.

		Psicosocial	Orientaciones de los planes de promoción de la salud emocional y social de las mujeres en pre menopausia.	<p>Transtornos afectivos.</p> <p>Interacción familiar.</p> <p>Círculo social</p> <p>Recreación.</p>
--	--	-------------	---	---

--	--	--	--	--

## DISEÑO MUESTRAL

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

Dónde:

N=2264 Total de la población en un trimestre (Mujeres 35 a 45 años).

n=Tamaño de la muestra.

Z=Coeficiente de confianza 1.96 valor tabular de la distribución normal estándar para un nivel del 95% de confianza.

p=probabilidad de ocurrencia del hecho.

q=probabilidad de no ocurrencia del hecho (1-p)

e=error absoluto (5%).

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.6) (0.4) (2\ 264)}{(0.05)^2 (2\ 264 - 1) + (1.96)^2 (0.6) (0.4)}$$

$$n = 317$$



## ANEXO 3

ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

### CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES EN LA PRE-MENOPAUSIA

Introducción.- Estimada Srta./Sra., somos estudiantes de Enfermería de la Escuela Padre Luis Tezza y estamos desarrollando una encuesta con preguntas relacionadas al conocimiento y prácticas de autocuidado que realizan las mujeres en la pre-menopausia, la cual le rogamos que responda con total sinceridad. La información que nos brinde será estrictamente confidencial y de carácter anónimo.

Indicaciones.- En la siguiente encuesta se presentan preguntas con alternativas de respuesta marque la(s) opción(es) según su opinión.

¡Gracias!

Condición Nivel Socioeconómico

Datos de Control

Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ N° de hijos: \_\_\_\_\_

NSE: (llenar al final): \_\_\_\_\_

Lugar de residencia (Distrito):

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su Nivel de Instrucción?

Analfabeta

Primaria.

Secundaria

Técnico.

Universitario.

## I INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO

PREGUNTAS	Verdadero	Falso
La menopausia es la transición normal de la fase reproductiva a la no-reproductiva de una mujer.		
La menopausia natural se da de forma gradual y progresiva.		

Durante la menopausia se producen sofocos, sudoración, osteoporosis, resecamiento de genitales.		
Durante la menopausia hay irritabilidad, miedo al envejecimiento, tristeza, etc.		
En la menopausia declina el interés por la actividad sexual.		
Factores como el tabaco, la raza, la herencia, adelanta la menopausia.		
Se debe consumir alimentos bajos en grasa antes de la menopausia.		
Es importante consumir alimentos que contengan gran cantidad de calcio como la leche y sus derivados antes de la menopausia.		
Las mujeres en la etapa de la menopausia deben bajar el consumo de sal.		
Es importante realizar actividades físicas para disminuir los problemas de salud relacionados.		
Es importante dormir 8 horas o más.		
Es necesario visitar a un médico antes de la aparición de la menopausia.		
Las alteraciones que se producen después de la menopausia son prevenibles.		
Es importante la comunicación durante esta etapa con la pareja y los hijos.		

Es importante relacionarte con tus amigos e intercambiar sentimientos, emociones y dudas.		
---	--	--

II INFORMACIÓN DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Marque con una "X" la respuesta que se ajusta a su actividad frecuente:

DIMENSIÓN BIOLÓGICA	
NUTRICIÓN	
¿Consume Ud. leche y sus derivados?	<p>Nunca la consume</p> <p>Una a dos veces por semana</p> <p>Tres veces a la semana</p> <p>4 a 6 veces a la semana</p> <p>Todos los días</p>

<p>¿Con qué frecuencia consume usted pescado?</p>	<p>a) Nunca la consume</p> <p>b) Una a dos veces por semana</p> <p>c) Tres veces a la semana</p> <p>d) 4 a 6 veces a la semana</p> <p>e) Todos los días</p>
<p>¿Consume Ud. Carne o pollo?</p>	<p>a) Nunca la consume</p> <p>b) Una a dos veces por semana</p> <p>c) Tres veces a la semana</p> <p>d) 4 a 6 veces a la semana</p> <p>e) Todos los días</p>
<p>¿Consume Ud. Embutidos, mantequilla o productos de pastelería?</p>	<p>a) Nunca la consume</p> <p>b) Una vez por semana</p> <p>c) 2 veces a la semana</p> <p>d) 3 veces a la semana</p> <p>e) 4 veces a más en la semana</p>
<p>¿Con qué frecuencia consume Ud. Frutas y vegetales?</p>	<p>a) Nunca la consume</p> <p>b) Una a dos veces por semana</p> <p>c) Tres veces a la semana</p> <p>d) 4 a 6 veces a la semana</p>

	e) Todos los días
<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>	
¿Realiza algún tipo de ejercicios (caminatas, baile, deportes u otros similares)?	a) No realiza actividad física b) Una a dos veces por semana c) Tres veces a la semana d) 4 a 6 veces a la semana e) Todos los días
¿La actividad física que realiza la práctica durante más de 30 minutos al día?	a) No realiza actividad física b) Una a dos veces por semana c) Tres veces a la semana d) 4 a 6 veces a la semana e) Todos los días

<b>CONTROL MÉDICO</b>	
¿Asiste a su control o chequeo médico?	a) Nunca la realiza

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Una vez al año</li> <li>c) Cada 2 años</li> <li>d) Cada 3 años</li> <li>e) Cada 4 años a más.</li> </ul>
¿Se realiza pruebas de Papanicolaou?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca la realiza</li> <li>b) Una vez al año</li> <li>c) Cada 2 años</li> <li>d) Cada 3 años</li> <li>e) Cada 4 años a más.</li> </ul>
¿Se realiza pruebas de sangre para determinar colesterol alto?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca la realiza</li> <li>b) Una vez al año</li> <li>c) Cada 2 años</li> <li>d) Cada 3 años</li> <li>e) Cada 4 años a más.</li> </ul>
¿Se realiza autoexamen de mamas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca la realiza</li> <li>b) Cada mes</li> <li>c) Cada 3 meses</li> <li>d) Cada 6 meses</li> <li>e) Cada año</li> </ul>

<p>¿Ud. visita al ginecólogo cada vez que tiene dolores o molestias vaginales?</p>	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi nunca</p> <p>Nunca</p>
<p>SUEÑO</p>	
<p>¿Cuántas horas considera Ud. debe dormir un adulto durante la noche?</p>	<p>Dos o cuatro horas</p> <p>Seis a ocho horas</p> <p>Diez horas</p> <p>Diez a doce horas</p>
<p>CONTROL DE HáBITOS NOCIVOS</p>	
<p>¿Con qué frecuencia consume café?</p>	<p>Nunca lo consume</p> <p>Una vez por semana</p> <p>Tres veces a la semana</p> <p>4 a 6 veces a la semana</p> <p>Todos los días</p>
<p>¿Consumo Ud. alcohol?</p>	<p>Nunca lo consume</p>

	<p>Una vez por semana</p> <p>Dos a tres veces a la semana</p> <p>Sólo en reuniones</p> <p>Todos los días</p>
¿Consume Ud. cigarrillos?	<p>Nunca la consume</p> <p>Una a dos veces por semana</p> <p>Tres veces a la semana</p> <p>4 a 6 veces a la semana</p> <p>Todos los días</p>

<p><b>DIMENSIÓN PSICOLÓGICA</b></p>	
¿Ud. Cuida de su apariencia personal?	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi nunca</p> <p>Nunca</p>
¿Ud. Trata de tranquilizarse cuando está en problemas?	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p>

	<p>Algunas veces</p> <p>Casi nunca</p> <p>Nunca</p>
¿Ud. Conversa de sus sentimientos (ejem. Alegrías, tristezas, preocupaciones) con alguien?	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi nunca</p> <p>Nunca</p>
<b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>	
¿Asiste Ud. A fiestas (familiares, bailes) o reuniones en su comunidad?	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi nunca</p> <p>Nunca</p>
¿Participa Ud. De actividades recreativas (ejem. deportes, paseos, cine, turismo)?	<p>Siempre</p> <p>Casi siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi nunca</p>

	Nunca
--	-------

## ANEXO

4

### VALIDEZ DE INSTRUMENTO

#### PRUEBA BINOMIAL

Preguntas	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Suma	P
1	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
2	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
3	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
4	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
5	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
6	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
7	1	1	1	1	1	1	6	0.0156

8	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
9	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
10	1	1	1	1	1	1	6	0.0156
								0.1563

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es lo contrario.

n=10

$$P = \frac{0,1563}{10} = 0,01563$$

10

Si “P” es menor de 0.05 entonces la prueba es significativa: Por lo tanto el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto  $p = 0,01563$ .



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZTLALCO

la Universidad Ricardo Palma



CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

## PRUEBA KUDER RICHARSON

CONOCIMIENTO	n	KR-20	CONFIABILIDAD
General	15	0,774	Aceptable

$$r_{20} = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( \frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

K = Número de ítems del instrumento

p= Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q= Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

$\sigma^2$  = Varianza total del instrumento

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0,5 por lo cual la confiabilidad del instrumento es ACEPTABLE, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.

## CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE PRÁCTICAS

### ALFA DE CRONBACH

PRÁCTICAS	N	Alfa-Cronbach	Confiabilidad
General	21	0,792	Aceptable

### COEFICIENTE ALFA – CRONBACH

Dónde:

N= Número de ítems

$\sum s^2(Y_i)$  Sumatoria de las varianzas de los ítems

$s_x^2$  Varianza de toda la dimensión

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[ 1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

El valor de Alfa de Cronbach, cuanto se acerca a 1 denota una confiabilidad en la aplicación del instrumento.

## ANEXO 6



PERU Ministerio de Salud

INSTITUTO GESTOR DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL DE HUAYCÁN

Hospital de Huaycán

INSTITUTO GESTOR DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL DE HUAYCÁN

## PROVEIDO DE INVESTIGACION N° 001-2016

LOS QUE SUSCRIBEN:

*Dr. Peter Ernesto Álvarez Meza.*

**Director del Hospital de Huaycán.**

*Lic. Raúl Felipe Chuquiyaqui Justo*

**Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.**

Dejan Constancia que:

*Las Srtas. Huamani Mendoza Deisy Angelo y Yactayo Auccapiña Karen Lesley,*

*han presentado el trabajo de investigación titulado:*



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE HUAYCAN, FEBRERO - 2016".**

*El cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.*

INSTITUTO GESTOR DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL DE HUAYCÁN  
*Peter*  
Dr. Peter Álvarez Meza  
COP. N° 25178 - TNE  
DIRECTOR

Lima, 29 de Enero del 2016.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estamos realizando una investigación titulada, NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PRE-MENOPAÚSICAS DE 35 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE HUAYCÁN-FEBRERO 2016.

Antes de responder al cuestionario se le ha tenido que explicar lo siguiente: El propósito del estudio, riesgos, beneficios y confidencialidad, para la aceptación firmada del mismo.

### Propósito del estudio

El presente estudio pretende determinar el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre-menopáusicas de 35 a 45 años que acuden al Hospital de Huaycán con la finalidad de obtener el Título de Licenciatura en Enfermería.

### Riesgos

Como el estudio trata con formularios plenamente identificados y no se hará otro tipo de evaluación, se aplicarán dos cuestionarios, uno basado en determinar el nivel conocimiento y el otro sobre las prácticas de autocuidado que realicen.

### Beneficios

El estudio presenta beneficios respecto a la identificación de aspectos relacionados al nivel de conocimiento sobre la menopausia y las prácticas de autocuidado que realicen las mujeres pre menopáusicas para el mantenimiento o mejoramiento de su estado de salud, pudiéndose así implementar programas de capacitación. Las mujeres que participen desarrollando el cuestionario no recibirán ningún tipo de beneficio económico por su participación.

## Confidencialidad

Para efectos de investigación sólo las investigadoras tendrán el acceso a la información brindada por parte de las mujeres en edad pre-menopáusica, para efectos posteriores se procederá identificar a cada participante a través del código ID, que será un número correlativo, el cual se ingresará a la base de datos para análisis posteriores.

Por lo tanto, yo \_\_\_\_\_, manifiesto que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad para participar en el estudio.

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Investigador 1

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Investigador 2

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

## ANEXO 8

Surco, 24 de noviembre del 2015

Oficio N 087-2015/CARD AB

Señor Doctor  
**MANUEL HUAMAN GUERRERO**  
Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad Ricardo Palma  
Presente



Referencia: Oficio N 0142-2015/D-EEPLT

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar el Resultado de la Evaluación del Consentimiento Informado del Proyecto de Tesis “**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PRE-MENOPAUSICAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE HUAYCAN SETIEMBRE 2015**” de las alumnas **Deysi Ángela HUAMANI MENDOZA** y **Karen Lesley YACTAYO AUCCAPIÑA** remitida por su Decanato.

Luego de la Revisión del Proyecto y de acuerdo a lo requerido para su aprobación le hacemos llegar el resultado como **APROBADO**.

Sin otro particular me despido haciéndole llegar mis deferencias y estima personales.

Atentamente.

  
\_\_\_\_\_  
**Alfredo Benavides Zúñiga**  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA DE FAMURP

## ANEXO 9



## ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

### ESCALA DE VALORACIÓN DE INSTRUMENTO

#### CONOCIMIENTO

CONOCIMIENTO	BAJO	MEDIO	ALTO	$X \pm 0.75$ DE
General	0 - 9	10 - 12	13 - 15	$10,9 \pm 0.75 * 1,3$

#### PRÁCTICA

PRÁCTICA	BAJO	MEDIO	PROMEDIO
General	21 - 54	55 - 105	54,7

**TABLA 2: INDICADORES DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO EN LA PRE-MENOPAUSIA**

CONCEPTOS GENERALES		CONOCE		NO CONOCE	
		N	%	N	%
1	La menopausia es la transición normal de la fase reproductiva a la no-reproductiva de una mujer.	111	37	201	63
2	La menopausia natural se da de forma gradual y progresiva.	152	48	165	52
3	Durante la menopausia se producen sofocos, sudoración, osteoporosis, resecaimiento de genitales.	149	47	168	53
4	Durante la menopausia hay irritabilidad, miedo al envejecimiento, tristeza, etc.	121	38	196	62
5	En la menopausia declina el interés por la actividad sexual.	122	39	195	61
6	Factores como el tabaco, la raza, la herencia, adelanta la menopausia.	75	24	242	76

CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO		CONOCE		NO CONOCE	
		N	%	N	%

8	Es importante consumir alimentos que contengan gran cantidad de calcio como la leche y sus derivados antes de la menopausia.	121	39	194	61
9	Las mujeres en la etapa de la menopausia deben bajar el consumo de sal.	115	36	202	64
10	Es importante realizar actividades físicas para disminuir los problemas de salud relacionados.	99	31	218	69
11	Es importante dormir 8 horas o más.	93	29	224	71
12	Es necesario visitar a un médico antes de la aparición de la menopausia.	88	28	229	72
13	Las alteraciones que se producen después de la menopausia son prevenibles.	101	32	216	68
14	Es importante la comunicación durante esta etapa con la pareja y los hijos.	110	34	207	66
15	Es importante relacionarte con tus amigos e intercambiar sentimientos, emociones y dudas.	111	35	206	65

## ANEXO

11

### TABLA 3: INDICADORES DE PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA EN LA PRE-MENOPAUSIA

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO BIOLÓGICA	ADECUADO		INADECUADO	
	N	%	N	%
Nutrición				
Consumo de leche y derivados	109	34	208	66
Consumo de pescado	96	30	221	70
Consumo de pollo o pavita	201	64	116	36

Consumo de embutidos	81	25	236	75
Consumo de frutas y vegetales	111	35	206	65
Actividad y ejercicios				
Práctica de ejercicio	121	38	196	62
Duración de actividad física	105	33	212	67
Control médico				
Asistencia a chequeo preventivo	116	37	201	63
Toma de PAP	140	44	177	56
Análisis de colesterol	84	26	233	74
Autoexamen de mamas	68	21	249	79
Asistencia médica por molestias	109	34	208	66
Sueño				
Horas de sueño	59	18	258	82
Control de hábitos nocivos				
Consumo de café	111	37	199	63
Consumo de alcohol	113	36	204	64
Consumo de cigarrillo	199	63	118	37

---

TABLA 4: INDICADORES DE PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL EN LA PREMENOPAUSIA

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PSICOLÓGICA	ADECUADO		INADECUADO	
	N	%	N	%
Percepción de sí misma				
Cuidado de apariencia personal	109	34	208	66
Objetividad ante los problemas	101	32	216	68
Compartir los sentimientos	99	31	218	69

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOCIAL	ADECUADO		INADECUADO	
	N	%	N	%
Compartir Social				
Asistencia de reuniones familiares/amigos	113	36	204	64
Actividades recreativa	120	38	197	62