



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO
QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPÁUSICAS
EN LA PARROQUIA "QUINARA".**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORA:

Daisy Paola Chamba Salazar

DIRECTORA DE TESIS:

Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

LOJA- ECUADOR 2018

CERTIFICACIÓN

Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado en el marco del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja vigente, todo el proceso de desarrollo del trabajo investigativo titulado: **“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPÁUSICAS EN LA PARROQUIA “QUINARA”** de autoría de la Srta. **DAISY PAOLA CHAMBA SALAZAR**, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Loja, 28 de Mayo 2018

Atentamente:



Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Daisy Paola Chamba Salazar, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autora: Daisy Paola Chamba Salazar.

Firma: 

Cédula 1105809576

Fecha: 28 de Mayo 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Daisy Paola Chamba Salazar, declaro ser la autora de la tesis titulada **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPÁUSICAS EN LA PARROQUIA “QUINARA”**, como requisito para optar al grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo de la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el repositorio digital institucional, en las redes de información del país y el exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de Mayo del 2018, firma la autora.

Firma: 

Autora: Daisy Paola Chamba Salazar

Cédula: 1105809576

Correo Electrónico: payolita_94_15@hotmail.com.ar

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis de Grado: Lic. Maria Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc

TRIBUNAL DEL GRADO

Presidenta: Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc

Vocal: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc

Vocal: Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación primeramente se la dedico a Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades, sin desfallecer en el intento y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, por ser el pilar más importante, por su apoyo incondicional en los momentos difíciles, consejos, comprensión, amor, por ayudarme con los recursos necesarios para seguir adelante y sobre todo por inculcarme buenos valores, principios, carácter, empeño, perseverancia, coraje para conseguir mis objetivos y luchar por lo que quiero.

A mis hermanos, porque junto a ellos compartí muchos triunfos y fracasos y por estar siempre presentes, acompañándome para poder cumplir mis propósitos.

Daisy Chamba

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres por la confianza y el apoyo brindado, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi hermano que con sus consejos me ayudo afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

Agradezco especialmente a mis abuelos quienes con sus consejos, cariño y comprensión han sido parte fundamental en mi vida.

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, por extenderme ese lazo de apoyo y por darme la oportunidad de estudiar permitiéndome culminar con mis estudios.

De manera muy especial a mi directora de tesis Lic. Maria Obdulia Sánchez Castillo por ofrecerme la orientación y colaboración de mi trabajo de grado, por su paciencia, experiencia y su motivación que ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También quiero extender un grato agradecimiento a mis docentes que han formado parte fundamental a lo largo de este camino de formación que gracias a los conocimientos impartidos he logrado salir adelante desafiando los obstáculos que se me han presentado.

Daisy Chamba

CONTENIDO

CARATULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
a. TÍTULO	1
b. RESUMEN	2
c. INTRODUCCIÓN	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA	7
Conocimiento	7
Definición.	7
Características del Conocimiento.	7
Climaterio	7
Menopausia	8
Fases de la Menopausia.	8
Tipos de Menopausia.	9
Incidencia	9
Cambios en la Menopausia.	10
Signos y Síntomas	13
Factores de Riesgo	18

Complicaciones de la menopausia	20
Autocuidado	21
Modelo de Dorothea Orem.	22
Alimentación	24
Tipos de Nutrientes	24
Clasificación de los alimentos	25
Pirámide de Alimentación	26
Alimentación Saludable o Equilibrada	27
Alimentación en el Climaterio	28
Actividad- Ejercicio	29
Control Médico	32
Sueño- Descanso	35
Círculo Social	38
e. MATERIALES Y MÉTODOS	39
Tipo de estudio	39
Área de estudio	39
Universo	39
Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	39
Procedimiento de recolección de datos.	40
Tabulación y análisis de datos.	40
Consideraciones Éticas	41
f. RESULTADOS	42

Tabla N°1: <i>Conocimientos sobre perimenopausia y menopausia en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”</i>	42
Gráfico N°1: <i>Conocimientos sobre síntomas de perimenopausia en las mujeres que cursan este periodo de la Parroquia “Quinara”</i>	43
Gráfico N°2: <i>Conocimientos sobre complicaciones en la perimenopausia y menopausia en las mujeres que cursan esta etapa de la Parroquia “Quinara”</i>	44
Gráfico N° 3: <i>Nivel de conocimientos sobre perimenopausia y menopausia en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”</i>	45
Tabla N°2: <i>Prácticas de autocuidado en relación con alimentación en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”</i>	46
Gráfico N°4: <i>Prácticas de autocuidado en relación con actividad- ejercicio en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”</i>	48
Gráfico N°5: <i>Prácticas de autocuidado en relación con sueño y descanso en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”</i>	49
Gráfico N°6: <i>Prácticas de autocuidado en relación con valoración médica en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”</i>	50
Gráfico N° 7: <i>Prácticas de autocuidado en relación con círculo social en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”</i>	51
g. DISCUSIÓN	52
h. CONCLUSIONES	56
i. RECOMENDACIONES	57
j. BIBLIOGRAFÍA	58
k. ANEXOS	65
ANEXO 1: Matriz operacional de variables	66

ANEXO 2: Solicitud de permiso	68
ANEXO 3: Consentimiento informado.....	69
ANEXO 4: Encuesta.....	70
ANEXO 5: Certificado de haber aplicado las encuestas	73

a. TÍTULO

***CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO
QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPÁUSICAS EN
LA PARROQUIA “QUINARA”.***

b. RESUMEN

Una de las principales molestias para la mujer se centra precisamente en el periodo de tránsito de la etapa reproductiva a la no reproductiva denominada perimenopausia y menopausia. El presente estudio se determinó el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas en la Parroquia Quinara, siendo un estudio de tipo descriptivo, la muestra conformaron, las mujeres de 35 a 45 años y la técnica empleada fue la encuesta; los resultados demuestran que el nivel de conocimientos que tienen las mujeres en este ciclo de vida sobre perimenopausia y menopausia es bastante significativo; sin embargo la mayoría desconocen síntomas y complicaciones. En cuanto a prácticas de autocuidado; la gran mayoría consideran que la alimentación que llevan es saludable; en relación al ejercicio, la mayoría de ellas lo practican; sin embargo más de la mitad no asisten a control médico en forma cotidiana solo lo hacen por enfermedad; menos de la mitad no descansan lo necesario presentando irritabilidad y, más de la mitad mantienen una vida social activa con el fin de evitar periodos de soledad- aislamiento.

Palabras claves: Perimenopausia, conocimientos, prácticas de autocuidado.

ABSTRACT

One of the main problems for women is precisely the transit period from the reproductive to the non-reproductive stage called peri menopause and menopause. In this work the level of knowledge and practices of self-care performed by perimenopausal women in Quinara parish was determined, being a descriptive study, the sample consisted, women from 35 to 45 years and the technique used was the survey; the results that show the level of knowledge that women have in this life cycle over perimenopausal and menopausal is quite significant; however, most of them are unaware of symptoms and complications. As for self-care practices; the vast majority consider that the food they maintain is healthy; in relation to the exercise, most of them practice it; However, more than half don't attend medical check-ups on a daily basis, they only do so because of illness; less than half don't rest as necessary, presenting irritability, and more than half maintain an active social life in order to avoid periods of loneliness-isolation

Keywords: Peri-menopause, knowledge, self-care practices

c. INTRODUCCIÓN

La perimenopausia es el ciclo vital previo y posterior a la pérdida de la menstruación que ocurre alrededor de los 45 años. Se trata de un periodo de transición que se extiende por varios años y que se desarrolla a partir de una baja producción de estrógenos por parte de los ovarios (Pallaruelo, 2012).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012), 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 en los conocimientos menopáusicos y en los problemas relacionados. Aproximadamente el 75% de las mujeres tienen problemas de salud relacionados con la menopausia.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015), esta etapa es un período fisiológico caracterizado por la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva de la mujer, estos cambios que se producen son esencialmente neuroendocrinos y potencian la sensibilidad biológica al impacto del entorno que rodea a la mujer en esta etapa.

Se plantea que a partir de los cambios endocrinos que ocurren durante el período climatérico existe alteraciones en la sexualidad, influyendo también factores psicológicos, la relación de pareja, la percepción de la imagen y autoestima, la dinámica laboral y el funcionamiento familiar. Estos factores en la mujer perimenopáusica conllevan a prácticas de autocuidado, que se refieren como al acto de mantener la vida, capacidad de atender sus propias necesidades vitales, asegurando mejorar su entorno personal y familiar.

En todas las etapas de la vida, el autocuidado es esencial para conservar y mantener una buena salud. La mujer desempeña roles como madre, esposa e hija y, a menudo, antepone sus múltiples roles al cuidado de sí misma, lo que posiblemente puede influir en sus hábitos de salud. En este sentido, estudios realizados muestran que las mujeres que perciben su salud como mala o negativa son aquellas sin información sobre el proceso de perimenopausia y menopausia, por lo tanto, las actividades de cuidado no son bien conocidas por las mujeres que cursan esta etapa (Svetlana, Pérez, & Reyes, 2014).

A nivel mundial, se institucionalizó el 18 de octubre como Día Mundial de la del Climaterio y Menopausia; donde actualmente se ha incrementado el porcentaje de mujeres perimenopáusicas. Se parte del supuesto de que la función reproductora femenina puede cesar entre los 45 y los 50 años, se ha estimado que el aumento en la expectativa de vida durante los últimos 30 años, es fácil encontrar mujeres de 42-44 años que presentan déficit de conocimientos relacionada con el autocuidado por lo que asisten por primera vez a una consulta solicitando ayuda (Dutra, 2017).

Expertos de la Red Latinoamericana de Investigación evaluaron a 8.000 mujeres de entre 40 y 59 años en 12 países de la región, para saber cómo es su calidad de vida durante el período. Según el estudio realizado existe un déficit en la implementación de programas de atención de la perimenopausia y menopausia, por lo que sugieren que las mujeres deben ser abordadas en forma más integral, incluyendo su nutrición, situación hormonal, metabólica y psicológica (Alonso, 2016).

Una investigación realizada a nivel local por (Rojas & Salinas, 2011) relacionado a “Creencias y realidades sobre menopausia en mujeres del barrio Chinguilanchi-Loja” con 60 mujeres de 45 años de edad se estima que el 66.7 % tienen conocimiento acerca

de menopausia y un 33.3 % desconocen; el síntoma característico es la suspensión de la menstruación, seguido de bochornos y alteraciones de la piel. La mayoría de ellas conocen, la osteoporosis como una de la complicación más frecuente; y en un menor número las fracturas. Por ello la mayoría de las mujeres durante esta etapa son positivas con su estado fisiológico pero un mínimo porcentaje tienen una actitud negativa al respecto.

Por lo expuesto, se genera la necesidad de realizar el presente estudio, que tuvo como finalidad determinar el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia Quinara considerando que estas dos variables son muy importantes ya que permitió estipular que saben, que piensan y que hacen las mujeres durante esta etapa, debido a que en la actualidad existe ciertas confusiones que se debe a la falta de información o a la mala comunicación produciendo incertidumbre durante este periodo; es por ello que los datos epidemiológicos contribuyeron a orientar las actividades preventivo promocionales respecto de lo saludable y no saludable con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres que cursan este periodo (Huamani & Yactayo, 2016).

d. REVISIÓN DE LITERATURA

Conocimiento

El conocimiento proporciona a los seres humanos la base que les permite desarrollar una concepción o teoría acerca de sí mismo y del mundo y les proporciona también un medio para racionalizar y justificar su forma de percibir, pensar y actuar; sobre lo cual orientan y apoyan sus decisiones, es además un elemento motivador del comportamiento (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Definición. Se entiende por conocimiento el proceso mental que transforma el material sensible recibido del entorno, que codifica, almacena y recupera en circunstancias o momentos posteriores; no surge de forma repentina, implica un proceso histórico biopsicosocial, individual y colectivo. El tener conocimiento sobre un determinado hecho o situación, permite a quien lo posee ser menos susceptibles a tener percepciones erróneas sobre el propio cuidado de la salud (Cheesman, 2016).

Características del Conocimiento.

- El fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación (Ojeda, 2017).

Climaterio

También conocido como perimenopausia, es la etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Se caracteriza por una deficiencia de estrógenos. Esta etapa incluye el periodo cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a la menopausia (Capote, Segredo, & Gómez, 2013).

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 y los últimos diez (55 a 65) postmenopausia (Salvador, 2016).

Menopausia

La menopausia indica el final de la capacidad reproductiva de la mujer, es decir el cese permanente de las menstruaciones, por tanto, constituye uno de los momentos más llamativos de la vida de la mujer con una serie de implicaciones físicas y emocionales. Aunque la menopausia se considera un acontecimiento fisiológico o normal, en realidad es un proceso con muchas implicaciones donde pueden aparecer una serie de síntomas y complicaciones relacionados con los cambios hormonales que caracterizan esta época de la vida (Salvador, 2008).

Fases de la Menopausia.

Premenopausia. Es el tiempo que comprende los cinco años antes que la menopausia.

Menopausia. Es un proceso fisiológico normal en la vida de una mujer que implica la desaparición de la menstruación es decir la última menstruación teniendo en cuenta los siguientes criterios diagnósticos:

- Más de 12 meses de amenorrea o pérdida de la menstruación.
- Más de seis meses sin menstruación con datos clínicos sugestivos.

Postmenopausia. Es el tiempo que sigue a la menopausia hasta el final de la vida de la mujer (Castillo & Salgueiro, 2014).

Tipos de Menopausia.

Menopausia Natural o espontánea. Producida por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre alrededor de los 50 años de edad.

Menopausia Precoz. Causada por insuficiencia ovárica primaria, 5 años previos a la edad considerada como habitual. Según la OMS en menores de 45 años.

Menopausia Tardía. Cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada mayores de 55 años.

Menopausia quirúrgica o artificial. Producida por el cese de la función ovárica por cirugía es importante establecer una terapia hormonal sustitutiva tras la intervención quirúrgica, siempre que esta fuera debida a un proceso benigno (Manzano, 2013).

Incidencia

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida de las mujeres en nuestro país se sitúa en 82,9 años y se calcula que alcanzará 85,1 años en 2020. De ellas, más de 8 millones tienen 50 años o más, edad media de la menopausia. Estas cifras, junto con los cambios socioculturales en la mujer de los últimos años, han repercutido en modificaciones en la actitud de la mujer ante la menopausia y, al mismo tiempo en la actitud de los ginecólogos en el manejo de los trastornos asociados a esta nueva etapa de la vida.

Según el doctor Rafael Sánchez Borrego, presidente de la Fundación Española para el Estudio de la Menopausia (FEEM), “la actitud de las mujeres es más positiva que hace unos años y más activa en la participación en las decisiones clínicas y de tratamiento que afectan a su calidad de vida. En este sentido, el doctor asegura que “la mujer es, por tanto, más protagonista que nunca de su bienestar y está cada vez más interesada en el concepto global de salud. No obstante, recalca este experto que “sigue siendo importante que la mujer no olvide acudir a su ginecólogo ante los síntomas de la menopausia, sólo así se podrá ayudar, ya que la transición a esta nueva etapa de la vida de la mujer debe considerarse como una

oportunidad para acudir al médico, evaluando los posibles factores de riesgos de las enfermedades más comunes en esa etapa como: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y osteoartritis, incontinencia, deterioro cognitivo, demencia, depresión y cáncer” (Sanchez, 2015).

Cambios en la Menopausia.

Cambios Biológicos

Bochornos. Se presentan como una repentina sensación de calor en la cabeza, el cuello y el pecho, a veces con enrojecimientos en la piel.

Generalmente, duran varios segundos y puede haber sudoración; cuando esto sucede, suelen sentirse escalofríos, ocurren cuatro o cinco veces al día y con más frecuencia por la noche, lo que provoca trastornos en el sueño. Todavía no se comprende la relación entre la baja hormonal y dicho fenómeno. Un factor importante es que la glándula pituitaria aumenta la producción de la hormona estimulante del ovario en respuesta a la disminución de producción de estrógeno y progesterona. Los estrógenos son una fuente de defensas para el cuerpo y protegen contra muchas infecciones y enfermedades. Por fortuna el cuerpo se acostumbra a este nuevo nivel más bajo de estrógeno y vuelve a mantener el equilibrio, aunque la fuerza vital disminuye un poco (Bombi, 2014).

Sugerencias: Para disminuir las molestias de los bochornos puede ayudar la vitamina E tomada en dosis de 400 a 800 unidades y el complejo B. De no desaparecer, la acupuntura es una alternativa

La disminución del flujo vaginal. Es provocada por la ausencia de hormonas. Al resecarse hay posibilidades de sentir molestias en las relaciones sexuales, por ello se ocasione el rechazo (Barú, 2018).

Sugerencias: Como remedio, más que usar cremas con estrógenos, que son absorbidas por el cuerpo, se recomiendan los aceites o cremas con vitamina E, o simplemente de coco o de almendras. Por otra parte, es importante distinguir cuándo la falta de flujos se debe a la menopausia y cuándo es por falta de excitación sexual.

Es conveniente hablar de esto con la pareja, ya que la estimulación hace que aumente la humedad de la vagina. Es recomendable hacer ejercicios para fortalecer el músculo pubococccígeo que rodea el ano, la uretra y la vagina; como retener y soltar la orina durante espacios regulares.

Osteoporosis. Es indudable que la disminución de hormonas acelera la pérdida ósea, por eso en las mujeres son más frecuentes las fracturas, aunque también los hombres sufren de osteoporosis como parte natural del proceso de envejecimiento.

La pérdida de calcio comienza aproximadamente desde los 35 años. Cuando el equilibrio del calcio en la sangre deja de ser adecuado, el cuerpo aplica medidas drásticas: succiona al esqueleto el mineral que necesita para derivarlo a otras funciones importantes. "La densitometría puede medir la densidad de los huesos de la cadera y de la columna vertebral, así como la densidad ósea de todo el cuerpo (Giner Ruiz, 2014).

Sugerencias: Es importante evitar ingerir demasiado café, así como el cigarro, porque la posibilidad de tener osteoporosis se incrementa debido a que la nicotina y la cafeína no permite que se fije el calcio. Lo más recomendable sería una alimentación bien balanceada, sobre todo en vitaminas y minerales. El mejor tratamiento puede ser la ingestión de calcio y proteínas junto con ejercicios bajo el sol (vitamina D). Practicar el ejercicio con constancia permite el desarrollo de unos huesos fuertes y los trastornos y molestias varían en intensidad y diversidad en cada mujer; para algunas pasan de manera casi inadvertida.

Cambios Psicológicos Entre los cambios psicológicos es posible encontrar: depresiones, irritabilidad, cambios de humor, insomnio, sentimientos de frustración y de fracaso, migrañas, pérdida de energía y carcinofobia (miedo al cáncer).

Algunas mujeres tardan más en dormirse, tienen el sueño ligero o sufren de insomnio. El hecho se complica ya que los bochornos las despiertan en la noche y no logran volver a conciliar el sueño.

Sugerencias. Se recomienda hacer ejercicio (correr, caminar o el yoga), para recuperar el sueño. Acudir a la acupuntura y a la homeopatía resulta muy conveniente ya que son tratamientos integrales.

En esta etapa puede haber mayor susceptibilidad, nerviosismo, sentimentalismo. Otros como la tristeza y la depresión son más frecuentes en personas de mediana edad, no de la menopausia, porque se tienen razones diferentes, como es la edad en que los hijos se alejan del hogar; la relación con la pareja se modifica; puede inclusive haber divorcio o viudez; problemas económicos; soledad, miedo de envejecer y perderse un poco en la vida si no se tiene un sentido propio (García, 2013).

Sexo. En la época de la menopausia, los sentimientos sobre el sexo pueden cambiar. La mujer puede tener dificultad para excitarse sexualmente debido a los cambios hormonales, al malestar debido a los cambios en la vagina, o los medicamentos que esté tomando. Por el otro lado, es posible que se sienta más libre y sexy después de la menopausia, y liberada del miedo al embarazo. Hay que recordar sin embargo, que después de la menopausia todavía se puede contagiar con enfermedades de transmisión sexual, tales como el VIH/SIDA. Hasta que la mujer no haya dejado de tener el período menstrual durante un año entero, deberá continuar con el uso de anticonceptivos si no se desea quedar embarazada (Menéndez, 2013).

Signos y Síntomas

Síntomas vasomotores

Bochorno-sudoración. Conocidos vulgarmente como sofocos estos aparecen en un 14-51% de las mujeres en edad fértil; en el 35-50%, en perimenopausia, y en el 30-80%, después de la menopausia. Su frecuencia es de 2.5 a 3.2 sofocos, se caracteriza por una repentina sensación de calor que suele comenzar en la cabeza o el pecho y luego se generaliza, suele acompañarse de sudoración profusa y en ocasiones de palpitaciones. La frecuencia de aparición es variable: desde algún sofoco al día hasta varios cada hora del día y de la noche, pueden prolongarse de seis meses a cinco años. La causa exacta de los sofocos es desconocida, pero son debido a sustancias químicas que se liberan en el sistema sanguíneo durante la menopausia. Los vasos sanguíneos son muy sensibles a las sustancias químicas y se dilatan, y es con ello la sangre sube hasta la piel y nos hace sentir calor y ponerse rojas. La razón de los sofocos es el cambio de temperatura corporal que se da durante la época de la menopausia (Rosa, 2013).

Hormigueo. Es una sensación de picor que podemos tener a la vez que los sofocos. La sensación es como que cientos de hormigas estuvieran recorriendo el cuerpo, pero sin producir erupción cutánea. Los cambios en la circulación sanguínea y la ansiedad son las causantes del hormigueo (Pomares, 2016).

Síntomas Neuropsiquiátricos

- Cefalea
- Depresión
- Insomnio
- Alteración de conciencia
- Irritabilidad
- Alteraciones en el ánimo

La aparición de los síntomas psicológicos está relacionada con el ámbito sociocultural e individual (Patiño, 2017).

Trastornos del sueño. Los cambios hormonales de la menopausia alteran los ritmos biológicos de la mujer, que puede sufrir trastornos del sueño que le impide dormir las horas que en ella era habitual, o tener un descanso de inferior calidad que afecte a su vida diaria. A ello se une el hecho de que, a medida que las personas se hacen mayores, el sueño se vuelve más ligero y los despertares nocturnos son más frecuentes. De hecho, algunas mujeres se despiertan con frecuencia y comienzan a tener dificultades para conciliar el sueño unos años antes de la menopausia, durante la etapa de transición.

Algunos de los síntomas propios de esta fase influyen en la calidad del sueño. Muchas mujeres durante la menopausia se despiertan a menudo por la noche con sensación de inquietud, otras debido a los sofocos nocturnos (con calor intenso o escalofríos), que provocan, a su vez, más ansiedad. De hecho, los sofocos son una de las principales causas que altera el sueño en la menopausia. Si son nocturnos pueden causar sudoración profusa, y despertares una o más veces a lo largo de la noche.

Es importante recordar que se ha comprobado que dormir menos horas de las necesarias tiene repercusiones negativas sobre la salud, como un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad, menor capacidad de atención y de reacción, pérdida de memoria, alteraciones en la piel y la vista, somnolencia durante el día que puede provocar accidentes, e incluso más probabilidades de padecer problemas emocionales, como la depresión, derivados de un descanso insuficiente.

Con sueños interrumpidos y ligeros, las mujeres que sufren estos trastornos sienten disminuida su calidad de vida. Por la noche no descansan y al día siguiente suelen sentirse sin fuerzas, irritables, e incluso tener dificultades para concentrarse en sus labores profesionales o

sus tareas diarias. Como se ha señalado, la falta continuada de un sueño reparador puede repercutir en la salud tanto física como psíquica y, por tanto, ponerle remedio es necesario a cualquier edad, pero más aún durante la menopausia, para evitar además que la *acumulación* de síntomas no repercuta también en el estado de ánimo (García, 2017).

Alteraciones en el estado de ánimo. Los principales estudios prospectivos y revisiones sistemáticas (RS) disponibles no han encontrado asociación entre las alteraciones del estado de ánimo (depresión y ansiedad) y la menopausia. Los factores sociales, familiares, laborales y alteraciones previas del estado de ánimo se han mostrado más determinantes.

Dada la relación hormonal con la serotonina, en el periodo perimenopáusico aumenta la vulnerabilidad a episodios depresivos con o sin historia de trastornos afectivos. Los síntomas premenstruales entre 35-45 años y en la menopausia temprana antes de los 40 tienen un aumento en problemas relacionados con el estado del ánimo. El estrés, y los problemas psicosociales en la edad madura aumentan el riesgo de una depresión. Los factores asociados a cambios en el estado de ánimo son: fumar, poco ejercicio, dificultades económicas, bajo nivel de educación, problemas de salud, falta de una pareja y encontrarse sin parientes. Las mujeres tienen múltiples actividades que involucran el cuidado de los hijos, marido y parientes, lo que por sí mismo son factores que aumentan su nivel de estrés (Ramos, 2013).

Síntomas Vulvo-Vaginales

- Hemorragia anormal
- Sangrado posmenopáusico
- Sequedad vaginal
- Dispareunia
- Trastornos urinarios
- Atrofia vaginal

Síntomas Vaginales. Los cambios hormonales que se producen en el climaterio van a incidir en aquellos órganos que tienen receptores estrogénicos. Tras la menopausia se produce una pérdida de elasticidad del introito vulvar y una reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubricación y, en algunas mujeres, sequedad vaginal y dispareunia.

Diversos estudios observacionales muestran de manera consistente una asociación causal entre los síntomas vaginales y la disminución de estrógenos. A medida que avanza la postmenopausia, la atrofia vaginal es más importante y los síntomas de sequedad vaginal y dispareunia son más manifiestos. Algunos estudios observacionales han mostrado que las mujeres sexualmente activas presentan una menor atrofia vaginal (Cabrera, 2013).

Síntomas Urinarios. La incontinencia urinaria es un problema complejo y multifactorial, cuya prevalencia aumenta con la edad. Aunque la disminución de los estrógenos podría contribuir a la incontinencia urinaria y a la presencia de síntomas urinarios (urgencia miccional), otros factores tienen un papel más relevante (paridad, traumatismos del parto, prolapso uterino y ciertos fármacos).

La asociación entre la incontinencia urinaria y la disminución de estrógenos es controvertida. Algunos estudios han mostrado una asociación, mientras otros no. Por otra parte, diversos estudios muestran un aumento de la incontinencia de urgencia y mixta (de urgencia y de esfuerzo) y una disminución de la incontinencia de esfuerzo en la postmenopausia. No se ha encontrado asociación causal entre la menopausia y las infecciones del tracto urinario recurrentes (ITU). Los cambios fisiológicos (acortamiento de la uretra distal, alcalinización del pH vaginal y desaparición del lactobacillus) podrían aumentar la susceptibilidad de contraer una infección urinaria en algunas mujeres (Gómez, 2014).

Alteraciones en el peso/masa corporal. La ganancia de peso que se produce frecuentemente durante la menopausia se asocia a un cambio en la distribución de la grasa

corporal y se asocia a un aumento del riesgo de hipertensión arterial, elevación de los niveles de lípidos plasmáticos y resistencia a la insulina. Algunos estudios han sugerido que es debido a los cambios hormonales y que podría considerarse “normal”. La mayoría de los estudios poblacionales han demostrado un aumento significativo pero pequeño (1- 2 kg) del peso con la menopausia. Las mujeres que ganan peso también presentan una elevación de los niveles de colesterol y de insulina plasmática y de la tensión arterial, que no se observan en las que permanecen delgadas. Algunos de los típicos factores de riesgo cardiovasculares que se producen durante la menopausia pueden ser debidos a la ganancia de peso (Varela, 2008).

Síntomas Cardiovasculares

- Palpitaciones
- Dolor precordial
- Disnea
- Enfermedad Coronaria

Las afecciones cardiovasculares que influyen en la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular siguen siendo una de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres. El termino cerebrovascular se relaciona con un numero de trastornos relacionados con el aparato circulatorio, entre estas enfermedades se encuentran la hipertensión, la arterioesclerosis, la cardiopatía isquémica, los accidentes cardiovasculares, las arritmias, las valvopatias y la insuficiencia cardiaca.

Las enfermedades cardiovasculares son particularmente más frecuentes en la postmenopausia, en particular en aquellas mujeres mayores de 65 años (Collin P 2007). Las posibilidades de una mujer mayor de 50 años de desarrollar enfermedad cardiovascular, en cualquiera de sus distintas formas de presentación, es de 46% y la posibilidad de morir por esta causa es del 31%. Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de

ateroma y la progresión de la aterosclerosis coronaria; con ello, las enfermedades cardiovasculares se incrementan en forma sustancial (Madrid, 2013).

Síntomas Osteomusculares

- Dolor osteomuscular
- Lumbalgia
- Osteopenia
- Osteoporosis

Modificaciones en la piel.

- Adelgazamiento
- Sequedad
- Arrugas

Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos; todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos (Salabert, 2017).

Factores de Riesgo

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: Las mujeres 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.

- 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.
- 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:

- 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.

Complicaciones de la menopausia

Enfermedades cardiovasculares. La disminución de los estrógenos provoca un aumento del colesterol malo lo cual eleva el riesgo de arterioesclerosis y de otras enfermedades cardiovasculares como: infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Este riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular aumenta debido a factores de riesgo como el tabaquismo, sobrepeso o la vida sedentaria. Se deben realizar análisis de sangre de manera regular. Entre los análisis más importantes están: el perfil lipídico y el análisis de glucemia.

Osteoporosis. Afecta a casi el 40% de las mujeres de 50 años o más. Aparece durante la menopausia y puede prolongarse hasta los 80 años de edad. Las principales consecuencias incluyen riesgos de aparición de fracturas en la muñeca, en el cuello del fémur o en la columna vertebral.

Aproximadamente el 35% de las mujeres pueden presentar fracturas a partir de los 50 años como consecuencia de la menopausia. La osteodensitometría permite calcular el riesgo de osteoporosis.

Trastornos ginecológicos. La disminución del nivel de estrógenos provoca el debilitamiento de la pared vaginal la cual se reseca. Por este motivo, las relaciones sexuales se vuelven más dolorosas para la mujer.

Cistitis. Es una infección urinaria bastante frecuente, corresponde a una infección de la vejiga. La disminución del nivel de estrógenos durante la menopausia aumenta el riesgo de infecciones urinarias. Por lo general los episodios de cistitis son benignos. Se considera como una infección grave cuando se presenta más de 2 o 3 veces al año.

Incontinencia urinaria. La menopausia puede favorecer la aparición de síntomas propios de la incontinencia urinaria. Los estrógenos son los encargados de mantener el tono muscular

del periné. Durante la menopausia el tono muscular del periné es menor debido a la disminución de estrógenos.

Incontinencia urinaria por esfuerzo. Por lo general, los flujos de orina son moderados y aparecen al realizar un esfuerzo físico como, toser o al practicar algún deporte.

Incontinencia urinaria de urgencia. Las micciones se vuelven cada vez más frecuentes y la persona no puede evitar la contracción de la vejiga. En algunos casos, la persona no puede retener la orina. Por esta razón puede representar un verdadero obstáculo en la vida cotidiana.

Aumento de peso. Durante la menopausia las mujeres presentan una tendencia mayor a ganar peso (aproximadamente 3 o 5 kilos). La acumulación de grasa a nivel del abdomen expone a las mujeres al síndrome metabólico el cual puede derivar en diabetes, accidente cerebrovascular o en complicaciones cardiovasculares.

Cáncer de seno. El sobrepeso y una menopausia tardía pueden aumentar el riesgo de cáncer de seno. Para prevenir el cáncer de seno es necesario que las mujeres de 50 a 74 años de edad se sometan a una mamografía cada dos años.

Otras complicaciones. Durante la menopausia la mujer también puede presentar:

- Trastornos del sueño.
- Irritabilidad.
- Depresión.

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 (Garduño, 2008).

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.

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado se lo aprende a lo largo de la 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 (Fazoli, 2012)

Modelo de Dorothea Orem. En la disciplina de enfermería se pueden identificar diferentes modelos y teorías: Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, sobre cómo la enfermera puede ayudar a la gente, y la teoría de los sistemas de enfermería, que detalla las relaciones que hay que mantener, y la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Es por ello que este tema está enfocado en los requisitos de autocuidado universal de Dorothea Oren que son comunes en todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana (López, 2015).

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez

apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Requisitos:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano,
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

En este contexto, la presente investigación se circunscribe al objetivo del autocuidado que lo plantea Orem "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 afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Según el modelo de Dorothea Orem se destaca en los requisitos de autocuidado universal los siguientes parámetros:

Alimentación. Lo primero es aclarar ciertos conceptos:

Alimentación. Es la forma y manera de proporcionar al organismo los materiales que le son imprescindibles para ejercer todas sus funciones. Es un proceso voluntario, consciente y por tanto educable y depende de la decisión libre del individuo.

Nutrición. Es el conjunto de procesos encargados de recibir, transformar y utilizar las sustancias químicas contenidas en los alimentos. Es un proceso involuntario e inconsciente.

Dietética. Es la interpretación y aplicación de los principios científicos de la nutrición y su repercusión metabólica en los individuos sanos, o como medida preventiva o curativa.

Tipos de Nutrientes

Los alimentos contienen en su composición sustancias denominadas nutrientes que según la función que realicen se clasifica en:

Nutrientes energéticos: son aquellos que aportan energía:

- Hidratos de carbono: 4 calorías por gramo.
- Grasas: 9 calorías por gramo.
- Proteínas: 4 calorías por gramo.

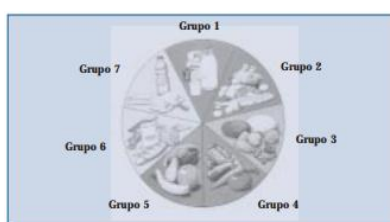
Nutrientes plásticos o formadores: se encargan de la formación, reparación y crecimiento de los tejidos: proteínas, calcio, fósforo, hierro, yodo, entre otros.

Nutrientes reguladores: regulan o modulan las reacciones bioquímicas así como el funcionamiento celular: minerales, vitaminas.

Sustancias relacionadas con la nutrición: fibra, agua, alcohol.

Clasificación de los alimentos

Los doctores Vivanco y Palacios idearon una forma sencilla de agrupar y clasificar los alimentos con el objetivo de proporcionar a la población una guía útil de elaborar una dieta completa y variada. Así crearon la denominada rueda de los alimentos, en la cual se agrupan los alimentos en siete grupos. A cada grupo se le asigna un color según la función prioritaria que poseen los alimentos en él contenidos.



Tomado de: Grupo de Atención a la Mujer de la Sociedad Valenciana de MFyC. Centro de Salud Salvador Pau. Centro de Salud de Campanar. Valencia, 2014.

Grupo 1: Leche y derivados (excepto mantequilla). Color rojo. Función plástica. Este grupo de alimentos constituye una importante fuente de calcio.

Grupo 2: Carne, pescado y huevos. Función plástica. Color rojo. Son una importante fuente de proteínas, hierro, y vitaminas del grupo A y B.

Grupo 3: Patatas, legumbres y frutos secos. Color naranja. Función energética plástica y reguladora.

Grupo 4: Verduras y hortalizas. Color verde. Función reguladora. Ricos en fibra, vitaminas A y C y sales minerales.

Grupo 5: Frutas. Color verde. Función reguladora. Ricos en hidratos de carbono sencillos, vitaminas y sales minerales.

Grupo 6: Cereales, azúcar, miel. Color amarillo. Función energética. Son ricos en hidratos de carbono. Los cereales integrales también constituyen una fuente de fibra y de vitaminas del grupo B.

Grupo 7: Aceite, mantequilla, margarina y tocino. Color amarillo. Función energética.

Son alimentos de elevado contenido graso y elevado poder calórico.

También constituyen fuente de ácidos grasos esenciales y de vitaminas liposolubles.

La utilización de esta "Rueda de los alimentos", divulgada por el Programa Español de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU), es sencilla. Se basa en que para conseguir una dieta sana basta con tomar cada día uno o dos alimentos de cada grupo.

Pirámide de Alimentación

En la actualidad se intenta destacar el concepto de dieta equilibrada a través de la denominada pirámide de la alimentación.



"Programa de atención integral a la mujer climatérica". Monografía Sanitaria, serie E, nº 8. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Valencia.

En esta pirámide se mantiene el código de colores de la Rueda de los Alimentos pero los alimentos se sitúan en distintos niveles en un lugar más o menos amplio según los requerimientos que se tenga de los mismos.

De este modo la base de la pirámide, de color amarillo, la constituyen los alimentos de los grupos 3 y 6 de la rueda. Son alimentos ricos en hidratos de carbono y deben constituir la base de nuestra alimentación. Se aconseja consumir diariamente de 4 a 6 raciones.

En el segundo escalón, de color verde, se sitúan las verduras y hortalizas (grupo 4) y las frutas (grupo 5), aconsejándose un consumo diario mínimo de 2 raciones de cada uno de estos grupos.

En el tercer escalón, de color rojo, se sitúan la leche y sus derivados (grupo 1), del que se aconseja un consumo diario de dos o tres raciones, y la carne, pescado y huevos (grupo 2),

del que se aconseja un consumo semanal de dos o tres raciones de cada uno de ellos, intentando que predomine el consumo de pescado sobre el de carne.

En último lugar, de color amarillo, se sitúa el aceite, del que se recomienda un consumo de 3 a 5 cucharaditas diarias. Se puede consumir indistintamente aceite de oliva o de semillas, pero se debe prescindir de las grasas de origen animal (mantecas).

Alimentación Saludable o Equilibrada

Se puede definir como la cantidad de alimentos que han de aportarse diariamente para conseguir un estado nutricional óptimo, asegurando una buena salud individual. Toda alimentación saludable debe cumplir los siguientes objetivos:

- Debe ser suficiente en cuanto energía: debe aportar suficientes nutrientes energéticos para cubrir las necesidades metabólicas basales, el gasto ocasionado por la actividad física individual y el gasto inducido por el consumo de alimentos o "termogénesis inducida por la dieta".
- Debe ser completa: no sólo debe proporcionar energía sino que debe proporcionar todos los nutrientes (proteínas, grasas, minerales, vitaminas, etc.) necesarios para cubrir las necesidades plásticas o reguladoras del organismo.
- Debe ser variada, ya que una alimentación variada tiene más posibilidades de ser completa. Además, en caso de que en nuestra alimentación exista algún componente tóxico o perjudicial, se disminuirá su presencia.
- Debe ser segura, para lo cual es imprescindible una correcta higiene de los alimentos, tanto en su almacenaje como en su posterior manipulación y cocción. Debe evitar la contaminación cruzada entre distintos alimentos.
- Debe ser equilibrada: cada grupo de nutrientes debe estar presente en adecuadas proporciones con relación a otros componentes de la dieta, y con la energía total ingerida.

Alimentación en el Climaterio

La mujer climatérica es una mujer, en ausencia de patologías añadidas, sana que entra en una etapa de su vida que se caracteriza por un cambio hormonal que conlleva un incremento de su riesgo cardiovascular y del riesgo de sufrir patología osteomuscular. A través de una correcta alimentación la mujer climatérica puede prevenir problemas como la osteoporosis, el exceso de peso, la alteración lipídica, entre otras (Varela, Guía de Alimentación y Menopausia, 2008).

Necesidades energéticas: tienen que conseguir el "peso saludable" de la mujer, es decir conseguir un índice de masa corporal entre 18,5 y 25. Para calcular las necesidades energéticas individuales en función de la edad la FAO/OMS/UNU recomiendan:

- Mujeres entre 45-65 años: $(8,7 \times \text{peso teórico}) + 829$.
- Mujeres > 60 años: $(10,5 \times \text{peso teórico}) + 596$. El peso teórico para una mujer se puede calcular según la fórmula de Lorentz: $\text{Peso teórico} = (\text{Talla (cm)} - 100) - [(\text{Talla (cm)} - 150) / 4] + (\text{Edad (años)} - 20) / 2,5$.

Requerimientos de calcio: las necesidades de calcio se establecen en 1.000 mg/día durante la edad adulta hasta la menopausia. En ese momento el efecto de la deprivación hormonal conduce a un aumento de la pérdida de masa ósea. Además, la capacidad de absorción del calcio en el intestino está disminuida, con lo que a partir de la menopausia se debe garantizar un aporte de calcio de 1.500 mg/día. Este aporte puede ser de 1.000 mg/día en las mujeres con THS. El calcio que mejor se tolera y se absorbe es el aportado en la dieta. Se debe aconsejar el consumo de preparados lácteos de bajo contenido en grasa. La administración de preparados de calcio se reserva para los casos en que, tras haber instruido a la mujer, no se consigue cubrir los requerimientos diarios. Todas las sales de calcio tienen una eficacia aceptable y parece que se absorben y toleran mejor cuando se administran junto con lactosa,

disminuyendo su absorción si se administran con exceso de grasa o fosfatos. No existen evidencias de que un aumento en la ingesta de calcio favorezca la litiasis renal.

Consumo proteico: se establece que la población adulta general debe consumir entre 0.8 y 2 g de proteína por Kg y día. En todo caso se aconseja que las proteínas supongan el 10-15% de la ingesta energética total, para lo que es recomendable advertir sobre la moderación en el consumo de carne y derivados.

Consumo de grasas: no debe superar el 30% de la ingesta energética total, siendo más permisivos (35%) cuando la grasa habitual es el aceite de oliva. El reparto debe realizarse del siguiente modo:

- Hasta un 7% de los ácidos grasos saturados, para lo que se recomienda disminuir el consumo de grasa de origen animal y las vegetales procedentes de coco, palma.
- Menos del 10% procederán de los ácidos grasos poliinsaturados, incentivando consumir pescado y aceites de semillas (girasol, maíz), así como los frutos secos.
- La ingesta diaria de colesterol no debe superar de media los 300 mg/día.

Consumo de hidratos de carbono: deben proporcionar al menos un 55-60% de las necesidades energéticas diarias. Se recomiendan hidratos de carbono complejos reduciendo al máximo los azúcares simples. Así mismo se aconseja el consumo de alimentos ricos en fibra, siendo recomendable el consumo de 25- 30 gr/día.

Consumo de sal: se aconseja que no supere los 6 gr/día.

Actividad- Ejercicio

Cuando una mujer entra en la menopausia, los niveles de estrógeno y progesterona disminuyen significativamente. Estas hormonas son importantes para mantener la salud de la mujer. El estrógeno, ayuda a la buena salud de los huesos y a mantener un buen nivel de colesterol en sangre. Es por ello que las posibilidades de desarrollar osteoporosis a partir de la menopausia, son más altas. Además, tras la menopausia, se produce una rápida pérdida de

masa ósea y masa muscular. Por lo tanto, es imprescindible que las mujeres menopáusicas practiquen ejercicio físico para fortalecer la masa ósea, ganar masa muscular, además evitar el aumento de peso que provocan los cambios hormonales (Wellness, 2017).

En el caso de la mujer que ha dejado ya de menstruar, el ejercicio físico actúa a distintos niveles en su organismo. De entrada disminuirá la frecuencia cardíaca, es decir, el número de veces que el corazón late por minuto, y por tanto su tensión arterial, haciéndole trabajar mucho menos. Por otra parte aumentará la cantidad de sangre que expulsa cada vez, mejorando la elasticidad de las arterias y aumentando la sangre que llega a los músculos.

El ejercicio, además, previene la formación de trombos en las arterias, favorece la asimilación del calcio para que se fije en los huesos previniendo así la osteoporosis que empieza a aparecer en la menopausia por la disminución de estrógenos.

El ejercicio físico desencadena la liberación de endorfinas en el cerebro, sustancias responsables de la sensación de bienestar, y si se practica de forma habitual se genera una actitud de mayor resistencia a los problemas del día a día, a la frustración en suma y a los síntomas depresivos, que van parejos en muchos casos a esta etapa de cambio hormonal para la mujer (Salusline, 2015).

Hacer ejercicio durante la menopausia conlleva los siguientes beneficios:

- *Mantener un peso adecuado.* Durante la menopausia se gana peso porque se acumula grasa y se produce un cambio en la distribución de la misma, que se fija especialmente en la zona abdominal. Para mantener el índice de masa corporal (IMC) apropiado y evitar esos michelines antiestéticos y poco saludables, es necesario compensar con una alimentación equilibrada y practicando ejercicio regularmente. Caminar a paso rápido durante 30 minutos diarios puede ser suficiente para mantener el peso ideal e incluso, para ayudar a bajar de peso cuando sea necesario. No hay que olvidar que la obesidad es un factor de riesgo para numerosas enfermedades, como la diabetes mellitus.

- *Prevenir la Osteoporosis.* La pérdida de masa ósea, que se inicia en la tercera década de la vida, se acentúa durante la menopausia, debido a la reducción del número de estrógenos. Para disminuir esta pérdida caminar también resulta positivo, porque aumenta la masa ósea y reduce el riesgo de fracturas. Los ejercicios de resistencia, como levantar pesas, las máquinas de remo, y estirar bandas elásticas, contribuyen al incremento de masa muscular y favorecen también la salud de los huesos.
- *Favorece el Sistema Cardiovascular.* Al realizar ejercicio mejora la circulación de la sangre y el retorno venoso, se reduce la tensión arterial, y se incrementan los niveles de colesterol HDL (bueno), al tiempo que se reduce el nivel de colesterol LDL (malo). Todo esto incide en un menor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como ictus o infarto de miocardio.
- *Mejora la capacidad pulmonar.* Al aumentar la capacidad pulmonar, los órganos del cuerpo reciben mayor oxigenación y sus funciones se optimizan. Practicar ejercicio, junto a una hidratación adecuada, mejora el aspecto de la piel. También facilita la movilidad intestinal y reduce la resistencia a la insulina, lo que supone un mejor control de la diabetes mellitus.
- *Influye positivamente sobre el estado de ánimo.* Con la actividad física se liberan endorfinas, hormonas que segrega el cerebro de manera natural, y que producen sensación de alegría y bienestar. De este modo, el deporte ejerce una acción protectora contra la depresión, los trastornos de ansiedad, el estrés, la irritabilidad, la disminución de la libido.
- *Ayuda a conciliar mejor el sueño.* El insomnio es otra de las molestias asociadas a la menopausia. El ejercicio incrementa la producción de melatonina, una hormona implicada

en la regulación de los patrones de sueño-vigilia. Sin embargo, no es aconsejable practicar deporte poco antes de irse a la cama porque podría dificultar el sueño. Es mejor hacerlo por la mañana o, si esto no es posible, al menos dos o tres horas antes de acostarse.

- *Mejora la coordinación y la agilidad:* Una rutina de ejercicios diaria aumenta la capacidad de coordinación, los reflejos y la agilidad, lo que previene las caídas y mejora el rendimiento físico en todos los ámbitos de la vida (Mendoza & Galván, 2016).

Control Médico

Es importante dentro de la labor de enfermería, además de explicar y aclarar todas las dudas sobre los signos y síntomas de esta etapa, señalar o aportar acciones que las mujeres puedan llevar a cabo para abordar algunos de los síntomas más frecuentes del climaterio (Arriagada, y otros, 2014).

Toda mujer, tan pronto le sea diagnosticada la menopausia, ingresa a un programa preventivo, integral e interdisciplinario, cuyo objetivo primordial es el de mejorar la calidad de vida a través de modificaciones de factores de riesgo, que eviten posteriormente el desarrollo de enfermedades de reconocida morbimortalidad, tales como la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis. En esta etapa de la vida es necesaria una consejería de apoyo integral, que abarque recomendaciones sobre aspectos de índole personal, familiar y laboral. Dicha consejería debería desarrollarse al menos en una ocasión antes de la menopausia y nuevamente en el momento en que ingrese al programa preventivo. Estos grupos de apoyo deben contar como mínimo con un profesional en medicina familiar, psicología y enfermería, con el concurso de programas educativos dirigidos a la comunidad (Uriza, Alwers, Guerra, & Onatra, 2013).

Sofocos. Los sofocos son uno de los síntomas que preocupa más a las mujeres y por el que más consultan. Deben saber que aparece precozmente, que va a desaparecer con el paso de los años y que no tienen significación clínica ninguna.

Entre los autocuidados que se les puede recomendar se encuentran:

- Evitar los sitios calurosos y con aglomeración de gente.
- Buscar lugares climatizados.
- Usar ropa de algodón.
- Dejar correr agua fría por cara, cuello y muñecas.
- Usar técnicas de relajación por la relación de los sofocos con el estrés.
- Evitar el tabaco, el alcohol y la cafeína.

Cefalea. Se trata habitualmente de cuadros de intensidad leve o moderada que se resuelven muy fácilmente con el empleo de analgesia de uso habitual.

Se debe aconsejar eliminar los estímulos sonoros y visuales.

- Evitar el tabaco y el alcohol.
- Evitar el estrés.
- Tomar analgesia si el dolor es importante.
- Descartar que se deban a alguna causa orgánica si son frecuentes.

Insomnio: puede estar relacionado o no con los sofocos.

- Realizar ejercicio.
- Tomar infusiones relajantes antes de dormir.
- Crear un ambiente tranquilo.
- Darse un baño caliente antes de acostarse.
- Evitar la cafeína.

- Evitar el estrés.
- Valorar tratamiento con hipnóticos en aquellas mujeres que no se consigan resultados con las medidas higiénicas dietéticas mencionadas.

Parestesias. En el caso de que aparezcan parestesias se debe descartar que se deban a otras causas.

- Se pueden realizar ejercicios de flexión, extensión y rotación de las zonas afectadas.

Sequedad Vaginal y atrofia vulvovaginal. Están relacionados con el hipoestrogenismo.

- En casos de sequedad vaginal recomendar el uso de un lubricante vaginal durante las relaciones sexuales.
- Mantener una vida sexual activa es importante para retrasar la atrofia.
- Si se presenta dolor, prurito o sangrado, es necesario acudir a consulta.
- Existen preparados de cremas y óvulos vaginales que contienen estrógenos y pueden mejorar la atrofia y sequedad de esta zona, pero no deben usarse como lubricantes.

Prolapsos e incontinencia: Suelen estar relacionados con el debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico y la atrofia del trigono vesical y de la uretra.

- Realizar los ejercicios de Kegel.
- Usar compresas de algodón.
- Evitar salvaslips y jabones no neutros.
- Conocer los síntomas de infección de las vías urinarias.
- Medidas generales de prevención de infecciones urinarias.

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 gastroenterólogo 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.

Sueño- Descanso

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, 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 teniendo 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. 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.

El insomnio. Es el trastorno del sueño más significativo de la menopausia. Un estudio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Arizona, realizado en mujeres que empezaban a experimentar los primeros síntomas menopáusicos, mostró que, mientras que algunos otros síntomas típicos de este periodo pueden ser variables, el insomnio es la excepción notable, permaneciendo constante independientemente de cuándo han tenido su último periodo menstrual.

Los motivos por los que la menopausia puede contribuir a la aparición de insomnio son:

Síntomas vasomotores: entre un 50-70% de las mujeres presentan sofocos y calores nocturnos durante la transición menopáusica, asociados a la disminución de los niveles de estrógenos. Se presentan frecuentes despertares nocturnos debido a la repentina sensación de calor y sudoración, acompañado de palpitaciones.

El estrés y/o depresión, ansiedad, temores y otros factores emocionales que pueden presentarse en esta etapa de la vida.

Tipos de insomnio:

De conciliación. Dificultad para quedarse dormido

De mantenimiento. Se producen frecuentes despertares durante el sueño. Algunas otras enfermedades, como la artritis y la artrosis, pueden también afectar al sueño.

Despertar precoz. El último despertar se produce como mínimo dos horas antes de lo habitual.

Sueño de mala calidad. La mujer duerme una cantidad de tiempo considerada normal, pero el sueño no es reparador.

Para poder realizar un diagnóstico de insomnio, es necesario que, además de las dificultades para dormir referidas anteriormente, se den una serie de consecuencias durante el día siguiente, tales como cansancio y fatiga, somnolencia excesiva, irritabilidad, mal humor, disminución de la atención y concentración y dificultades de memoria.

Medidas no farmacológicas, entre las que destacan:

- ***Psicoeducación.*** proporcionar al paciente información sobre el sueño y sus trastornos: explicarles cómo varía el sueño durante las diferentes etapas de la vida, indicarles en qué situaciones son comunes los trastornos del sueño (estrés, enfermedades.) y tranquilizarles para que no se agrave el problema.
- ***Medidas de higiene del sueño.*** Hábitos que deben ser incorporados al estilo de vida, tales como evitar la cafeína, la nicotina y el alcohol, crear un ambiente cómodo y acogedor en la habitación (evitando las temperaturas extremas), mantener horarios de sueño regulares (incluso los fines de semana), evitar alimentos condimentados o copiosos por las noches o evitar realizar ejercicio físico al menos 3 horas antes de acostarse (ya que el ejercicio aumenta el nivel de alerta y sube la temperatura corporal).

Medidas farmacológicas.

- ***Terapia hormonal sustitutiva:*** mejora los síntomas vasomotores y las funciones del sistema nervioso central.
- ***Melatonina:*** se ha demostrado la eficacia de entre 3 y 9 mg. de melatonina para algunos tipos de insomnio.

- *Farma hipnóticos*: tratamiento de última elección, cuando ninguna de las medidas anteriores han surtido efecto.

Síndrome de apnea del sueño. Consiste en episodios de cese de la respiración durante el sueño, que pueden durar 10 segundos o más. Esto es debido a la relajación de los músculos de la base de la garganta, que causa una obstrucción para el paso del aire y provoca ronquidos intensos (algunos de ellos con ahogo) y una respiración muy dificultosa. De hecho, estos ronquidos pueden ser percibidos erróneamente como un indicador de buena calidad de sueño.

Es una enfermedad mucho más frecuente en los varones, aunque en la actualidad se ha demostrado un incremento notable de los casos en mujeres durante la menopausia, llegando a igualar al porcentaje de hombres. Este aumento de la prevalencia en la menopausia está directamente relacionado con la presencia de sofocos.

Para poder realizar el diagnóstico de apnea del sueño, es necesario que se produzcan al menos 10 apneas por hora de sueño. El diagnóstico de sospecha se confirmará mediante la realización de una polisomnografía, un estudio que mide los ciclos y etapas del sueño.

Con respecto al tratamiento se adoptarán las siguientes medidas:

- Adelgazamiento en caso de personas con sobrepeso
- Reducción del consumo de tabaco y excitantes
- Evitar acostarse boca arriba (se puede colocar algún objeto en la espalda, como una pelota de tenis cosida en el pijama) (Palacios, 2014).

Círculo Social

Los amigos durante ésta época comparten las 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- aislamiento y aquello se puede conseguir frecuentando asociaciones, asistir a reuniones, disfrutar aficiones y cultivar amistades (Pelcastre, Garrido, & León, 2015).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio con enfoque cuantitativo porque genera información numérica, de corte transversal porque estudia las variables en un momento único en el tiempo; descriptivo ya que se investigó el nivel de conocimiento y se identificó las conductas de autocuidado que tienen las mujeres en el climaterio determinando actitudes, pensamientos y reflexiones.

Área de estudio

La población de la Parroquia Quinara es de 1.480 habitantes de acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de los cuales 250 mujeres abarcan las edades de 35 a 45 años; distribuida en la cabecera parroquial y los centros poblados. Su división política administrativa se encuentra conformada por cuatro barrios: Palmira, Sahuayco, Atillo, Quinara.

Universo

La población de estudio estuvo conformada por mujeres de 35 a 45 años que habitan en la Parroquia Quinara.

Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta (Anexo 4), por considerarse adecuado para cumplir con los objetivos del estudio que fue la de obtener información sobre los conocimientos de perimenopausia y menopausia, adaptada a un instrumento de (Castillo M. , 2016) la misma que fue modificada en este estudio por conveniencia.

Para medir el nivel de conocimiento sobre perimenopausia y menopausia se realizó una encuesta con 7 preguntas (5 politómicas y 2 dicotómicas) para la interpretación de estos

resultados se utilizó la escala de Likert, que permitió categorizar el conocimiento en alto, medio y bajo y para determinar las prácticas de autocuidado se tomó en cuenta alimentación, actividad y ejercicio, control médico, sueño- descanso y círculo social.

Una vez elaborada la encuesta y previa a su aplicación, se realizó una prueba piloto en mujeres que cursan este periodo procedente de la Ciudad de Loja para poder obtener la validación de la misma.

Procedimiento de recolección de datos.

Para el desarrollo de este estudio se realizó las siguientes actividades:

- Como primer paso se solicitó el permiso correspondiente al Médico General del Dispensario del Seguro Social Dr. Galo Jiménez con el fin de llevar a cabo el estudio planteado (se adjuntó proyecto y carta de solicitud).
- Se coordinó con las mujeres que cursan este periodo acerca de las actividades a realizarse, a más de explicar el propósito de la investigación.
- Se procedió a realizar la encuesta (ver anexo 4) a las mujeres que cursan este periodo previo consentimiento informado, que acuden al Dispensario Médico de Quinara y por medio de visitas domiciliarias, de acuerdo a las variables relacionadas con las respectivas referencia bibliográficas y realidad del lugar de estudio.

Tabulación y análisis de datos.

Una vez obtenidos los datos mediante la encuesta (Anexo 4), en el periodo determinado, se tabularon los datos y se analizaron en referencia al marco teórico que fundamenta el presente trabajo, los mismos fueron representados en tablas y gráficos con su respectivo análisis de acuerdo a las referencias bibliográficas.

Para medir el nivel de conocimientos en las mujeres que cursan este periodo se utilizó la escala de Likert en la que corresponde:

- **ALTO:** Cuando las respuestas buenas sean 6 -7 aciertos.
- **MEDIO:** Cuando las respuestas buenas sean de 4 – 5 aciertos.
- **BAJO:** Cuando las respuestas buenas sean menor o igual de 3 aciertos.

Consideraciones Éticas

Para el desarrollo de la presente investigación se consideró propio asegurar los derechos del sujeto de investigación se aplicó un documento legal, el consentimiento informado, en el cual se detalla los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y derecho; se resguardó la confidencialidad de las participantes y se mantuvo la veracidad de sus repuestas. Además no representó peligro alguno para los participantes y la investigadora, los resultados obtenidos responden a los objetivos planteados en el presente estudio.

f. RESULTADOS

Tabla N°1

Conocimientos sobre perimenopausia y menopausia en las mujeres de 35 a 45 años de la Parroquia “Quinara”

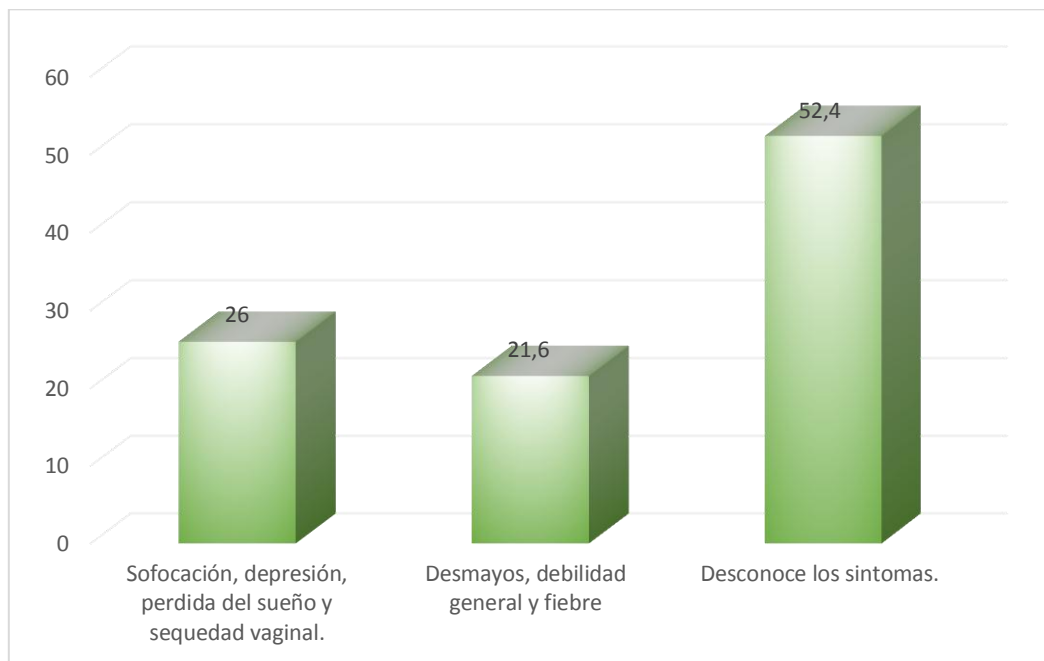
	INDICADORES	f	%
PERIMENOPAUSIA	Es una etapa de la vida de la mujer que engloba la menopausia	69	27.6
	Es una etapa de bochornos, insomnio e irritabilidad en la mujer.	129	51.6
	Es el inicio del proceso de envejecimiento en la mujer.	52	20.8
MENOPAUSIA	Es la última menstruación de la mujer	58	23.2
	Es una etapa de bochornos, insomnio e irritabilidad en la mujer.	12	4.8
	Es el inicio del proceso de envejecimiento en la mujer.	15	6
	Es una etapa normal de la vida de la mujer, donde pasa de la fase reproductiva a la no reproductiva	165	66

Fuente: Encuesta

Autora: Daisy Chamba

Más de la mitad de las usuarias de 35 a 45 años de la Parroquia “Quinara” mencionan que la perimenopausia es una etapa de bochornos, insomnio e irritabilidad mientras que, un tercio restante confunden estos conocimientos con menopausia.

En relación a conocimientos sobre menopausia; refieren que es una etapa normal de la vida de la mujer, donde pasa de la fase reproductiva a la no reproductiva; y, otro grupo de ellas manifiestan que es la última menstruación.

Gráfico N°1***Conocimientos sobre síntomas de perimenopausia en las mujeres de 35 a 45 años de la Parroquia “Quinara”***

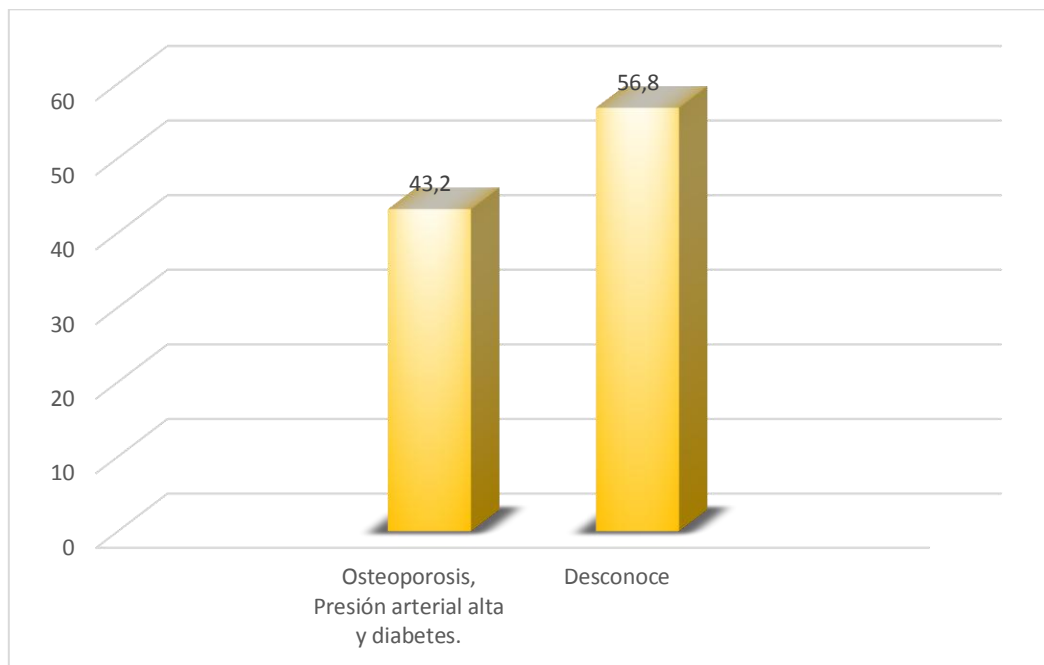
Fuente: Encuesta

Autora: Daisy Chamba

Es alarmante que más de la mitad de las mujeres perimenopáusicas desconocen las manifestaciones durante la etapa de la perimenopausia, sin embargo, solo un cuarto del grupo en estudio conocen los síntomas que se presentan durante este periodo de la vida de la mujer.

Gráfico N°2

Conocimientos sobre complicaciones en la perimenopausia y menopausia en las mujeres de 35 a 45 años de la Parroquia “Quinara”



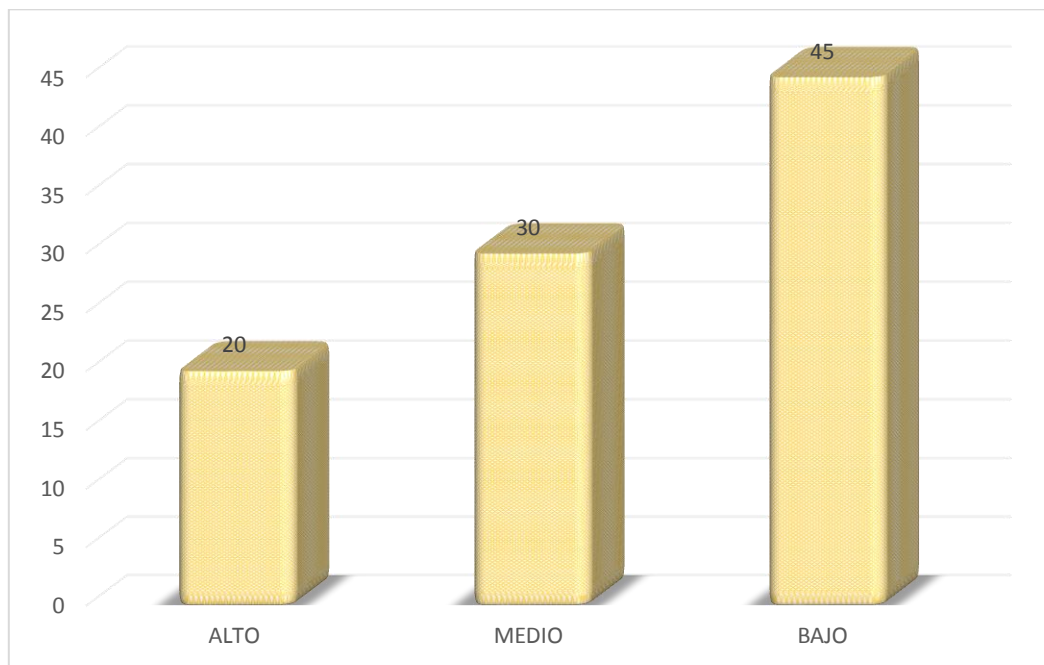
Fuente: Encuesta

Autora: Daisy Chamba

Llama la atención que más de la mitad de las mujeres perimenopáusicas desconocen las complicaciones que se pueden desencadenar si no se lleva los cuidados y estilos de vida adecuados, sin embargo, menos de la mitad de la población en estudio conocen estas dificultades; es importante conocer que en esta etapa las mujeres se vuelven más frágiles debido a la disminución de estrógenos siendo la causa principal para la aparición de patologías que ponen en riesgo la vida de cada una de las mujeres que atraviesan esta etapa.

Gráfico N° 3

Nivel de conocimientos sobre perimenopausia y menopausia en las mujeres de 35 a 45 años de la Parroquia Quinara.



Fuente: Encuesta.

Autora: Daisy Chamba.

De acuerdo al nivel de conocimientos sobre perimenopausia y menopausia en las mujeres de la Parroquia “Quinara”, cerca de la mitad de ellas presentan un nivel de conocimiento bajo; el otro porcentaje resaltante es con un nivel de conocimiento medio.

Tabla N°2

Prácticas de autocuidado en relación con alimentación en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”

TIPOS DE ALIMENTOS	1 vez/ día		2 veces/ día		3 veces/día		4 veces/día		5 o más veces /día		No consume	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Leche y derivados por día	105	42	120	48	18	7.2	2	0.8	4	1.6	1	0.4
Verduras y Hortalizas por día	99	39.6	127	50.8	21	8.4	3	1.2	-	-	-	-
Frutas por día	7	2.8	10	4	55	22	136	54.4	42	16.8	-	-
Pan, arroz, avena por día	148	59.2	50	20	50	20	-	-	-	-	2	0.8
Contenido graso por día	89	35.6	8	3.2	7	2.8	121	48.4	-	-	25	10
Consumo de café por día	109	43.6	132	52.8	8	3.2	1	0.4	-	-	-	-
Consumo de agua por día	-	-	-	-	7	2.8	12	4.8	231	92.4	-	-

	1 vez/ semana		2 veces/ semana		3 veces/ semana		4 veces/ semana		5 o más veces/ semana		No consume	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Carne, pescado y huevos por semana	13	5.2	65	26	89	35.6	25	10	58	23.2	-	-
Legumbres y frutos secos por semana	15	6	33	13.2	61	24.4	57	22.8	84	33.6	-	-

Fuente: Encuesta

Autora: Daisy Chamba

La alimentación de la mujer perimenopáusica incluye todos los alimentos establecidos en la pirámide nutricional; casi la mitad de la población de estudio consumen lácteos y sus derivados con una frecuencia de dos veces al día, la misma que va a prevenir el desarrollo de la osteoporosis en esta etapa, sin embargo llama la atención, que un mínimo porcentaje de ellas consumen lácteos más de cinco veces por día, a decir de ellas que tienen ganado para sustentar dichos alimentos.

La mitad de las mujeres en esta etapa, consumen verduras y hortalizas dos veces por día, las mismas que ayudan a depurar el organismo previniendo la aparición de patologías.

Más de la mitad de la población en estudio consumen frutas, cuatro veces por día, las mismas que son una excelente fuente de antioxidantes para el organismo.

En relación con la ingesta de carbohidratos que lo consumen una vez por día, aportando una principal fuente de energía.

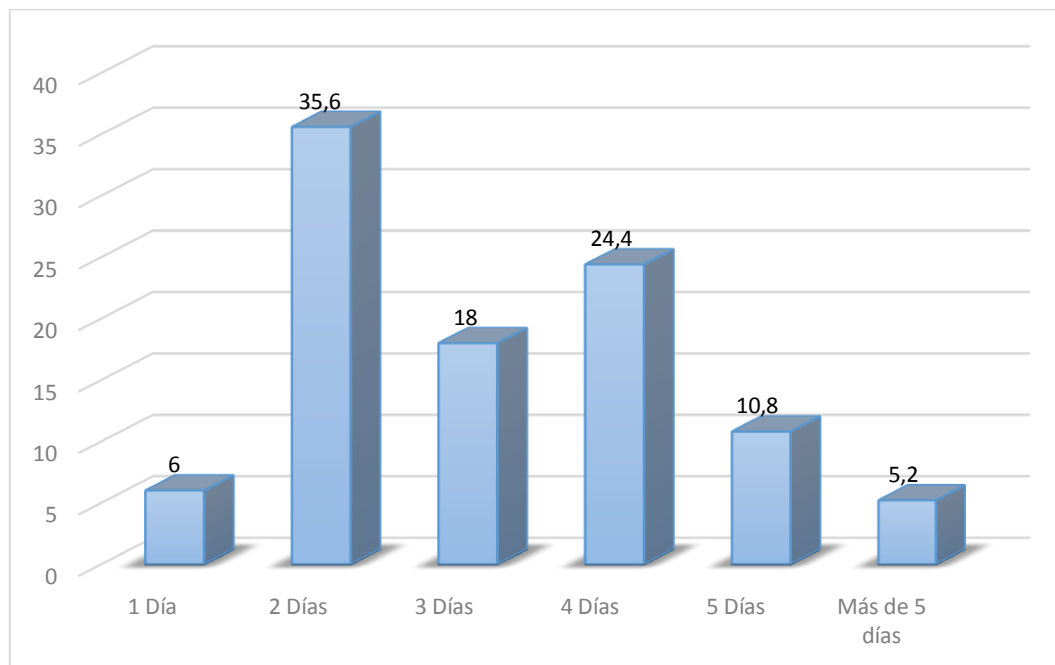
Menos de la mitad consumen contenido graso cuatro veces por día, refiriendo que el consumo de grasa que más utilizan es el de origen animal por lo que se evidencia un alto índice de mujeres con sobrepeso- obesidad en esta etapa.

Casi la totalidad de ellas consumen agua más de cinco veces al día, sin embargo hasta la presente esta es únicamente entubada.

Menos de la mitad de ellas consumen carne, pescado y huevos tres veces por semana, lo cual ayuda a prevenir la pérdida de masa muscular y cardiopatías.

En relación a la ingesta de legumbres y frutos secos, las mujeres perimenopáusicas mantienen un representativo consumo de este grupo de alimentos, los mismos que ayudan a prevenir enfermedades cardiovasculares, además, a decir de ellas se debe a que se dedican al cultivo de estos productos.

Es por ello que la alimentación que llevan las mujeres que cursan esta etapa representa un marcador positivo ya que las mismas entran en un ciclo de su vida que se caracteriza por un cambio hormonal y a través de una correcta alimentación puede prevenir problemas en su salud.

Gráfico N°4***Prácticas de autocuidado en relación con actividad- ejercicio en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”***

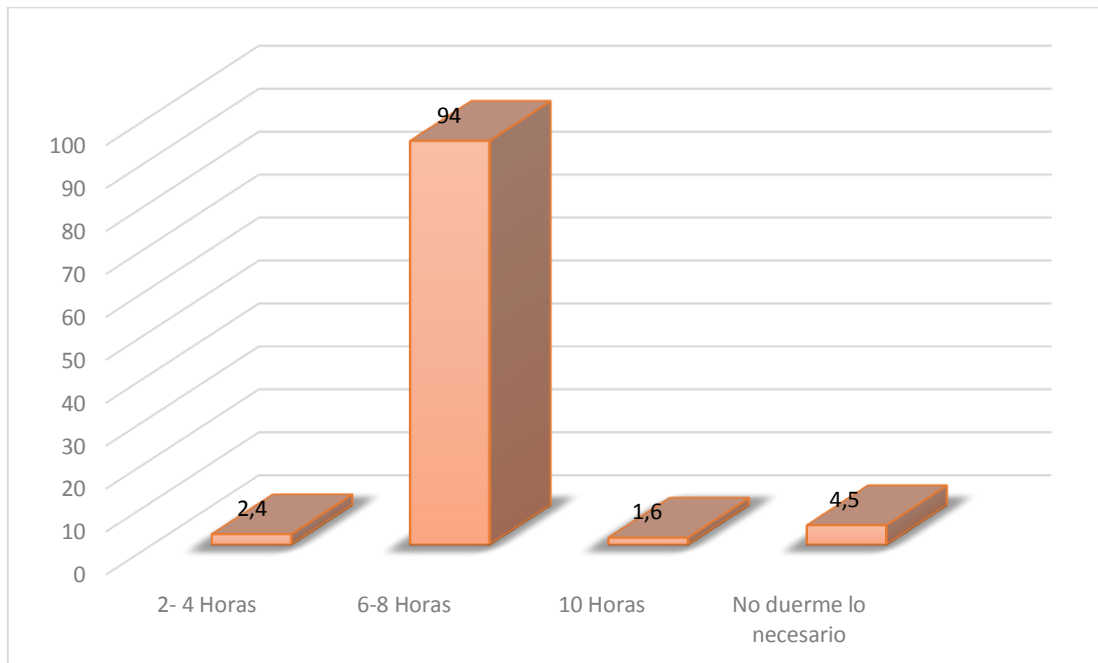
Fuente: Encuesta

Autora: Daisy Chamba

De acuerdo con los resultados obtenidos, casi la totalidad de las mujeres perimenopáusicas, realizan actividad física, si se considera que el ejercicio mejora la elasticidad de las arterias, aumenta la energía y ayuda a mantener un peso adecuado, sin embargo, menos de la mitad, realizan ejercicio dos días a la semana, refieren que la misma les genera una actitud positiva frente a los problemas del día a día.

Gráfico N°5

Prácticas de autocuidado en relación con sueño y descanso en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”



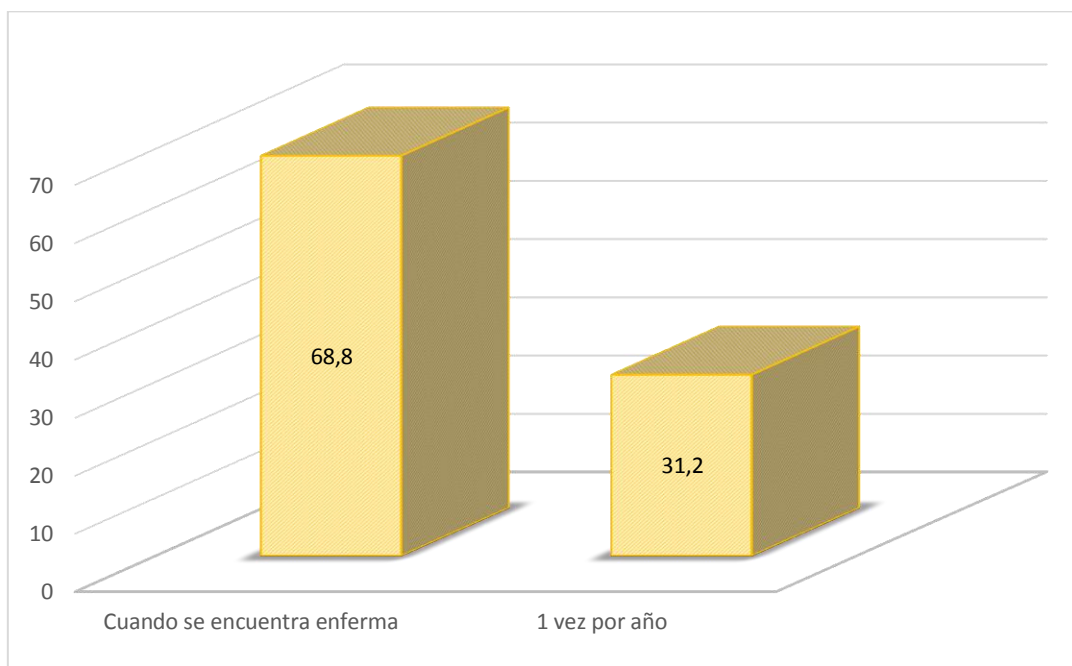
Fuente: Encuesta

Autora: Daisy Chamba

En relación a sueño y descanso casi la totalidad de las usuarias descansan de seis a ocho horas diarias, así manifiestan que cuando duermen lo suficiente mantienen una buena energía para realizar las actividades de la vida diaria, sin embargo las que no descansan lo necesario, presentan pocas ganas de participar en las actividades cotidianas generándoles en ciertos casos irritabilidad.

Gráfico N°6

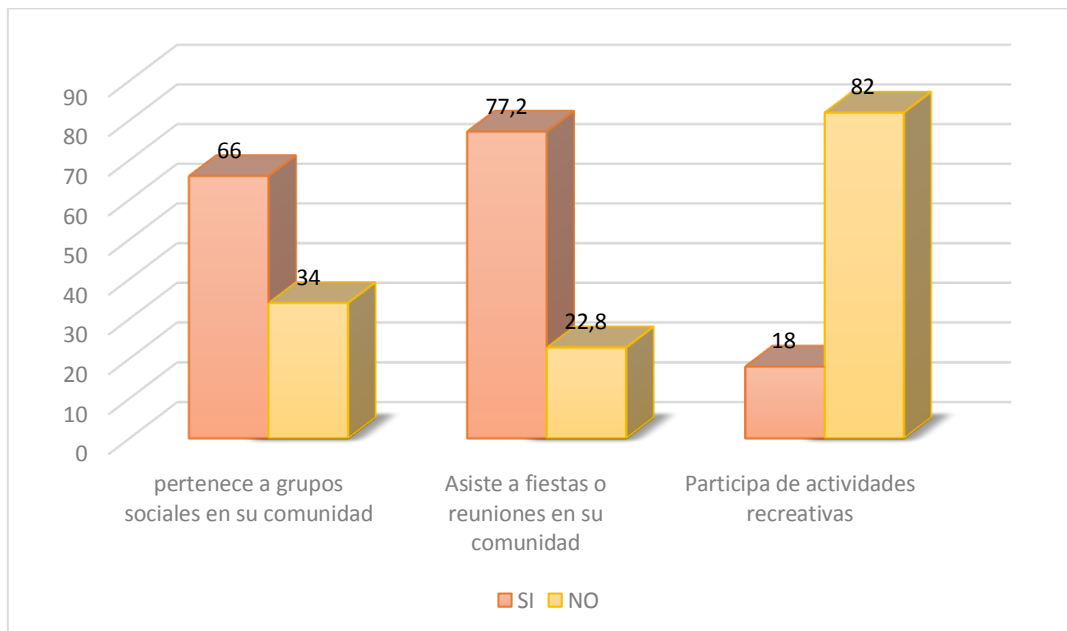
Prácticas de autocuidado en relación con valoración médica en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”



Fuente: Encuesta

Autora: Daisy Chamba

Llama la atención que la mayoría de las mujeres perimenopáusicas asisten a control médico solo cuando presentan problemas en su salud, previo a la utilización de medidas ancestrales, sin embargo, solo un tercio del grupo en estudio se realizan valoración médica una vez por año, mencionan que es una forma de prevenir patologías tempranamente.

Gráfico N° 7***Prácticas de autocuidado en relación con círculo social en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia “Quinara”***

Fuente: Encuesta

Autora: Daisy Chamba

La mayoría de las mujeres en estudio manifiestan la importancia de pertenecer a asociaciones en esta etapa de la vida, por ello disfrutan de grupos de la comunidad, y, en menor porcentaje participan en actividades recreativas, para mantener una vida social activa con el fin de evitar periodos de soledad- aislamiento.

g. DISCUSIÓN

Uno de los principales problemas para la mujer se centra precisamente en el periodo de tránsito de la etapa reproductiva a la no reproductiva denominada perimenopausia y menopausia. La mayor parte de los autores definen esta etapa como un proceso de transición fisiológica en la vida de la mujer, en su desarrollo aparecen una serie de manifestaciones clínicas de variada intensidad, que lo convierten en un síndrome psicossomático- sociocultural de diferentes características y complejidad (González, y otros, 2012).

De acuerdo a los conocimientos que tienen las mujeres sobre *perimenopausia* y *menopausia*, el 51.6% de ellas la definen como una etapa de bochornos, insomnio e irritabilidad en la mujer; respecto a la definición de menopausia, el 66% de la población en estudio la definen como una etapa normal de la vida de la mujer, donde pasa de la fase reproductiva a la no reproductiva; y, otro grupo representado con el 23.2% la conocen como la última menstruación de la mujer, por lo que se evidencia que la mayoría de encuestadas manejan una definición adecuada. Al respecto un estudio realizado a nivel local por (Rojas & Salinas, 2011) relacionado a “Creencias y realidades sobre menopausia en mujeres del barrio de Chinguilanchi-Loja” presenta resultados similares; así, demuestran que el 66.7% de las mujeres tienen conocimientos acerca de menopausia y en un 33.3% la desconocen; mientras que a nivel latinoamericano investigaciones realizadas en México por (Velasco, Ojeda, Navarrete, Pozos, & Camacho, 2013) revelan que el 82.9% de mujeres encuestadas tienen un nivel alto de conocimientos sobre menopausia.

Con respecto a conocimientos sobre *los síntomas en la menopausia*, en el presente trabajo el 26% de usuarias los conocen, así mencionan las sofocaciones, depresión, pérdida del sueño, y sequedad vaginal; es alarmante que la población representada con el 74% desconocen las manifestaciones que se presentan durante este periodo de la vida de la

mujer; estos resultados son significativamente diferentes a los encontrados en un estudio de (Pugo & Quintuña, 2015) realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca donde se demuestra que los conocimientos son variados, el 74,85% señalan sofocos y oleadas de calor, el 71,24% palpitaciones, el 69,71% cefalea, el 61,34% insomnio, el 75,39% nerviosismo, el 80,8 % labilidad emocional, el 86,47% ganancia de peso, el 60,8% mareos, el 85,12% dolores musculares-osteoarticulares, el 36,74% disuria, el 72,69% sequedad de la piel, el 38,09% atrofia genital y el 66,75% disminución de la libido; mientras que a nivel latinoamericano los resultados de una investigación realizada en Chile por (López, 2011), se evidenció que el 83% de la población tienen conocimientos sobre síntomas de la menopausia.

En relación a los conocimientos sobre *complicaciones en la menopausia*, el 43,2% de mujeres las conocen, así, señalan osteoporosis, presión arterial alta y diabetes; siendo preocupante que la población restante representada con el 56,8% desconocen estas manifestaciones.

El autocuidado permite alcanzar un mejor bienestar en todos los ciclos de vida particularmente en la menopausia a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismas, indispensable para tener un envejecimiento pleno y saludable.

Una buena alimentación es fundamental en cualquier etapa de la vida, la cual reviste mayor importancia en el periodo de la menopausia debido a los cambios hormonales que favorecen alteraciones de la salud. En el presente estudio se demuestra que la *alimentación* en las mujeres perimenopáusicas incluyen todos los alimentos establecidos en la pirámide nutricional; el 48% consumen lácteos y sus derivados dos veces por día; el 35,6% consumen carne, pescado y huevos tres veces por semana; el 33,6% ingieren legumbres y frutos secos cinco veces o más; el 50,8% consume verduras y hortalizas dos veces por día;

el 54.4% consumen frutas, cuatro veces por día; el 59.2% consumen carbohidratos una vez por día; el 48.4% consumen contenido graso cuatro veces por día y el 92.4% consumen agua más de cinco veces al día, la misma que es entubada; resultados similares se encontraron en un estudio en México por (Martínez, 2013) representados con el 68% de las mujeres que consume tres comidas al día a base de carbohidratos, 31% dos comidas y 1% una comida. Los alimentos de mayor consumo diario fueron pan, tortillas, verduras y legumbres y de menor consumo el pescado, pollo y carnes rojas.

En cuanto a la *actividad física* en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia Quinara, el 35.6% realizan ejercicio dos días a la semana, y, otro grupo importante con el 24,4% realizan cuatro veces a la semana; por lo que se puede advertir que el hábito del ejercicio físico está presente en las mujeres en estudio; siendo el ejercicio la mejor forma de mantenerse saludable. Al respecto, una investigación realizada a nivel latinoamericano en Nicaragua por (Ferrey & García, 2016) presentan resultados diferentes al presente estudio; señalan que el 17% de mujeres en la etapa de climaterio- menopausia realizan ejercicio físico y el 83% no lo practican.

En cuanto al *sueño- descanso*, el 94% de las mujeres perimenopáusicas descansan de seis a ocho horas diarias, manifiestan que, cuando duermen lo suficiente mantienen una buena energía para realizar sus actividades. En relación a esta actividad, una investigación realizada en México por (Martínez, 2013) presentan resultados casi similares, señalan que el 80% de las mujeres en etapa de menopausia duerme de 5-7 horas al día, el 10% 5 horas, y el 10% más de 8 horas.

El 68,8% de las mujeres perimenopáusicas asisten a valoración médica sólo cuando presentan problemas en su salud, el grupo restante representado con el 31,2% lo hacen una vez por año, mencionan que es una forma de prevenir patologías tempranamente, estos

resultados, difieren a los encontrados en México por (Martínez, 2013) en los cuales el 95% de las mujeres no acuden al médico, y, el grupo restante si lo hacen.

El 77,2% de la población en estudio asisten a fiestas familiares y reuniones en la comunidad; el 66% manifiestan que es importante pertenecer a grupos sociales para mantener una vida social activa con el fin de evitar periodos de soledad- aislamiento.

Por lo antes expuesto el profesional de Enfermería se constituye un soporte para ayudar a la mujer y apoyar en una mejor atención integral, promoviendo estilos de vida saludables y previniendo patologías tempranamente.

h. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos de las mujeres perimenopáusicas de 35 a 45 años de la Parroquia Quinara es bastante significativo en relación a perimenopausia y menopausia; sin embargo, llama la atención que más de la mitad de la población en estudio desconocen la sintomatología y las complicaciones que se presentan durante este periodo de la vida de la mujer.
- En cuanto a las prácticas de autocuidado relacionado a la alimentación en las mujeres perimenopáusicas esta, incluye todos los alimentos establecidos en la pirámide nutricional; con respecto a actividad física, el hábito del ejercicio es parte de su forma de vida; en cuanto al sueño- descanso, casi la totalidad de ellas descansan lo suficiente en esta etapa; respecto al control médico, es preocupante, más de la mitad no asisten al control médico, solo lo hacen cuando están enfermas; y en relación al ámbito social, la mayoría asisten a fiestas familiares y reuniones en la comunidad, siendo muy importante para mantener una vida social activa.

i. RECOMENDACIONES

- Que el personal de Salud de la Parroquia Quinara elabore estrategias educativas innovadoras sobre la etapa de la perimenopausia y menopausia para así mejorar la información, educación y comunicación sobre los estilos de vida saludables y autocuidado en las mujeres durante este ciclo de vida.
- Que el Profesional de Enfermería debe asumir el rol educador(a): 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 particularmente en la perimenopausia y menopausia.
- Continuar realizando estudios de investigación que contrasten los resultados de este trabajo y se ejecuten proyectos de intervención para fortalecer los conocimientos y las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres en la etapa de la perimenopausia y menopausia.

j. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, A. (2016). *Conocimiento que tienen sobre el climaterio las mujeres entre 45 y 64 años de edad en los municipios de Santa Cruz y San Cristóbal de la Laguna*. Obtenido de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3648/conocimiento%20que%20tienen%20sobre%20el%20climaterio%20las%20mujeres%20entre%2045%20y%2064%20anos%20de%20edad%20en%20los%20municipios%20de%20santa%20cruz%20y%20san%20cristobal%20de%20la%20laguna.pdf?se>
2. Arriagada, M., Arteaga, E., Bianchi, M., Brantes, S., Montaña, R., Osorio, E., . . . Villaseca, P. (2014). Recomendaciones de tratamiento en la menopausia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 340-345.
3. Barú, M. (2018). *Disminucion de flujo vaginal y sequedad vaginal*. Obtenido de <https://www.farmaceuticonline.com/es/mujeres/582-sequedad-vaginal?showall=1>
4. Bombi, I. (2014). *Cambios Biológicos y Psicológicos en la Menopausia*. Obtenido de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/menopausia/cambios-corporales-y-psicologicos/>
5. Cabrera, M. (2013). *Sintomas Vaginales tras la menopausia*. Obtenido de <http://www.bekiasalud.com/articulos/atrofia-vaginal-menopausia/>
6. Capote, M., Segredo, A., & Gómez, O. (2013). Climaterio y Menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral* , 14-19.
7. Castillo, M. (2016). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al climaterio en mujeres de 40 a 59 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho*, Junio-Julio 2016. Obtenido de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/5596/Castillo_vm.pdf?sequence=1

8. Castillo, V., & Salgueiro, M. (2014). Síndrome Menopáusico. *Revista Panameña*, 45-70.
9. Cheesman, S. (5 de Enero de 2016). *Conceptos básicos en investigación*. Obtenido de <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
10. Dutra, M. (18 de Octubre de 2017). *Día Mundial de la Menopausia*. Obtenido de <https://www.suat.com.uy/consejo-medico/242-dia-mundial-de-la-menopausia/>
11. Fazoli, S. (2012). *El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura*. Murcia: Scielo.
12. Ferrey, C., & García, B. (19 de Enero de 2016). *Conocimiento y Autocuidado en mujeres 40 - 54 años, en la etapa del Climaterio/menopausia, del Centro de Salud Félix Pedro Picado, Sutiaba*. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6306/1/232652.pdf>
13. García, D. (25 de Abril de 2017). Trastornos del sueño en la menopausia. *Revista de Salud y bienestar*. Obtenido de Trastornos del sueño en la menopausia: <http://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/habitos-saludables/trastornos-del-sueno-en-la-menopausia>
14. García, P. (20 de Mayo de 2013). *Cambios Psicológicos en la Menopausia*. Obtenido de <https://www.diariofemenino.com/articulos/salud/menopausia/cambios-psicologicos-en-la-menopausia/>
15. Garduño, M. D. (2008). Autocuidado de mujeres en eta de menopausia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 63-67.

16. Giner Ruiz, V. (2014). *Osteoporosis: Manejo, Prevencion, Diagnostico y Tratamiento*. Barcelona: semfyc.
17. Gómez, F. (11 de Septiembre de 2014). *Relación problemas de orina y Menopausia*. Obtenido de <http://www.icua.es/articulos-medicos/relacion-problemas-de-orina-y-menopausia/>
18. González, Y., Hernández, I., Idalma, S., Pedroso, J., Feal, N., & Báez, E. (2012). *Intervención educativa para elevar conocimientos sobre climaterio y menopausia*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000100002
19. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: MCGRAW-HILL .
20. López, A. (Junio de 2015). *Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo*. Obtenido de Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a traves del proceso enfermero: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
21. López, F. (2011). Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarias de consultorios de atención primaria de salud, Santiago. *Revista Médica de Chile*, 618-624.
22. Madrid, J. (4 de Junio de 2013). *Enfermedades cardiovasculares asociadas a la menopausia*. Obtenido de <https://salud-1.com/mujer/enfermedades-cardiovasculares-asociadas/>
23. Manzano, B. (Enero de 2013). *Climaterio y Menopausia*. Obtenido de <https://salud-1.com/mujer/tipos-de-menopausia/>

24. Martínez, M. (2013). *Autocuidado de mujeres en etapa de Menopausia*. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/40031/autocuidado%20de%20mujeres%20en%20etapa%20de%20menopausia%20en%20toluca%2c%20mexico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Mendoza, N., & Galván, C. (Junio de 2016). *El ejercicio físico en la mujer durante la perimenopausia y posmenopausia*. Obtenido de <http://www.aem.es/documentos/menoguias/menoguia%20ejercicio%20fisico.pdf>
26. Menéndez, S. (12 de Febrero de 2013). *La vida sexual durante la menopausia*. Obtenido de <http://www.bekiasalud.com/articulos/vida-sexual-menopausia/>
27. Ojeda, C. (5 de Agosto de 2017). *Características del Conocimiento*. Obtenido de <https://www.mindmeister.com/es/760247589/caracteristicas-del-conocimiento>
28. Palacios, S. (21 de Julio de 2014). *Alteraciones del sueño en la menopausia*. Obtenido de <http://institutopalacios.com/alteraciones-del-sueno-en-la-menopausia/>
29. Pallaruelo, L. (2012). “*Si eres mujer y tienes entre 40-54 años deberás de saber...*”. Obtenido de “*Si eres mujer y tienes entre 40-54 años deberás de saber...*”: <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/5684/Proyecto%20definitivo.pdf?sequence=1>
30. Patiño, E. (7 de Agosto de 2017). *Menopausia: Del Climaterio, Síntomas y la Atención Psiquiátrica*. Obtenido de *Menopausia: Del Climaterio, Síntomas y la Atención Psiquiátrica*: <http://www.triacentro.com/medicina/menopausia-del-climaterio-sus-sintomas-y-la-atencion-psiQuiatrica/>

31. Pelcastre, B., Garrido, F., & León, V. (Octubre de 2015). *Menopausia: Representaciones sociales y prácticas*. Obtenido de Obtenido de file:///C:/Users/PC/Downloads/6335-13370-1-PB.pdf
32. Pomares, R. (8 de Enero de 2016). *Hormigueo y entumecimiento: ¿Un síntoma de la menopausia?* Obtenido de <https://salud-1.com/mujer/hormigueo-y-entumecimiento-de-las/>
33. Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (9 de Julio de 2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. Obtenido de file:///C:/Users/PC/Downloads/1139-4545-1-PB.pdf
34. Pugo, J., & Quintuña, R. (2015). *Conocimientos, actitudes y sintomatología sobre el climaterio en mujeres de 45 a 65 años que acuden a consulta externa de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25225/1/TESIS.pdf>
35. Ramos, M. (2013). *Aspectos psicologicos de la Menopausia*. Obtenido de Aspectos psicologicos de la Menopausia: http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/08_ago_2k10.pdf
36. Rojas, R., & Salinas, M. (2011). *“Creencias y realidades sobre menopausia en mujeres del barrio Chinguilanchi-Loja Junio 2010–Junio 2011*. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4207>
37. Rosa, A. (26 de Febrero de 2013). *Sofocos, Bochornos y Sudores en la Menopausia*. Obtenido de <https://www.diariofemenino.com/salud/menopausia/articulos/sofocos-bochornos-sudores-menopausia/>

38. Salabert, E. (25 de Abril de 2017). *La piel en la Menopausia*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/afecciones-esteticas/piel-y-menopausia/cambios-3438>
39. Salusline. (2015). *Menopausia y Actividad Física*. Obtenido de http://healthcoach.salusline.com/files/mod_1716_1.pdf
40. Salvador, J. (2008). Climaterio y Menopausia: Epidemiología y Fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61-78.
41. Salvador, J. (2016). Climaterio y Menopausia. *Revista de Ginecología y Obstetricia*, 61-78.
42. Sanchez, R. (13 de Octubre de 2015). *18 de Octubre "Dia Mundial de la Menopausia" "La prevencion es la clave"*. Obtenido de <http://www.aem.es/fotos/prensa/Dia%20Mundial%20de%20la%20Menopausia%202015.pdf>
43. Svetlana, V., Pérez, R., & Reyes, H. (23 de Octubre de 2014). *Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano de Seguro Social*. Obtenido de <https://www.google.com.ec/search?q=Svetlana,+V.,+Perez,+R.,+%26+Reyes,+O.+%2823+de+Octubre+de+2014%29.+Autopercepci%C3%B3n+del+estado+de+salud+en+climat%C3%A9ricas+derechohabientes+del+Instituto+Mexicano+del+Seguro+Social.+Obtenido+de+http://www.scielo.org.mx>
44. Uriza, G., Alwers, R., Guerra, O., & Onatra, W. (Junio de 2013). *Menopausia*. Obtenido de http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GO/menopausia.pdf

45. Varela, G. (2008). *Guia de Alimentacion y Menopausia*. Madrid: ITALFARMACO, S,A. Obtenido de Guia de Alimentacion y Menopausia: <http://www.flaviamenopausia.com/documents/13060/14475/Guia+Menopausia+Modulo+2.pdf/ba9bab42-9581-4783-ac88-6fb6fcab7237>
46. Velasco, V., Ojeda, R., Navarrete, E., Pozos, J., & Camacho, M. (2013). *Una experiencia de capacitacion sobre climaterio y menopausia*. Obtenido de https://www.anmm.org.m/bgmm/1864_2007/2002-138-2-145-148.pdf
47. Wellness, S. (30 de Agosto de 2017). *La importancia del ejercicio fisico durante la menopausia*. Obtenido de <https://shawellnessclinic.com/es/shamagazine/la-importancia-del-ejercicio-durante-la-menopausia/>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 1

MATRIZ OPERACIONAL DE VARIABLES

N° __

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Variable independiente CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO Conocimientos básicos que la mujer ha adquirido sobre la menopausia para considerar aspectos para relacionar al autocuidado	Conceptos Generales	Definición de menopausia	Conoce Desconoce
		Cambios durante la Menopausia	Conoce Desconoce
		Signos y Síntomas	Conoce Desconoce
		Factores de Riesgo	Conoce Desconoce
		Complicaciones	Conoce desconoce
Variable dependiente PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Conjunto de acciones y actividades positivas realizadas de forma intencional para contribuir en la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo del ser humano.	Biológica	Alimentación	1-2 veces por semana 3 veces a la semana 4- 5veces a la semana No consume
		Actividad-Ejercicio	1-2 veces por semana 3 veces a la semana 4-6 veces a la semana No realiza

		Control medico	1 vez al año Cada 2 años Cada 3 años Cada 4 o más años Cuando está enferma
		Sueño- Descanso	2-4 horas 6- 8 horas 10 horas 10 a 12 horas No descansa lo necesario
		Círculo Social	Si No

Autora: Daisy Paola Chamba Salazar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA
ANEXO 2

SOLICITUD DE PERMISO

Dr. Galo Jiménez

MEDICO TRATANTE DEL DISPENSARIO DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE QUINARA.

De mi especial consideración

Por medio del presente expreso un atento y cordial saludo, y a la vez me permito hacerle conocer a su autoridad lo siguiente:

Yo, Daisy Paola Chamba Salazar, con número de cédula 1105809576, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja y autora del proyecto de tesis titulado: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPAUSICAS DE LA PARROQUIA “QUINARA”, solicitó respetuosamente se me conceda el permiso pertinente para la aplicación de encuestas, que permitirán determinar el nivel de conocimiento e identificar las diferentes conductas de autocuidado que tienen las mujeres durante este período, determinando que saben, que piensan y que hacen durante esta etapa, de tal manera que la investigación ofrezca datos reales que reflejen aspectos positivos y los problemas sobre la temática antes mencionada.

Por este motivo solicito, si fuese posible, que se me facilitara la información pertinente, así como la autorización para llevar a cabo dicho estudio. Esperando su comprensión, desde ya agradezco su disposición y su colaboración que es muy importante para el éxito de mi Proyecto de Tesis y para la formación de nuevos profesionales.

Atentamente

Daisy Paola Chamba Salazar

1105809576



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Loja, ___ de _____, del 2017

Yo _____ de _____ años de edad y con CI: _____, manifiesto que he sido informada sobre los objetivos principales de la realización de esta encuesta para el Proyecto de Trabajo de Fin de Grado, llevado a cabo por Daisy Paola Chamba Salazar, estudiante de la Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana, Carrera de Enfermería. He sido también informada de que el fin del estudio es determinar el nivel de conocimientos y prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas en la Parroquia “Quinara”

En cuanto a los datos personales, he sido informada de que serán confidenciales. Mis datos personales y los datos recogidos en esta encuesta serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad. Tomando ello en consideración, OTORGO mi pleno CONSENTIMIENTO a que esta encuesta tenga lugar y sea utilizado para el proyecto en estudio con carácter anónimo.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

- c. Desmayos, debilidad general y fiebre
- d. No conozco ningún síntoma en la menopausia
- 5. Cree usted que los factores como la herencia, el tabaco, paridad y el uso de pastillas anticonceptivas adelanta la edad de la menopausia.**
SI () NO ()
- 6. ¿Cuáles son las complicaciones más comunes en el climaterio?**
- a. Cáncer de colon y Cáncer de huesos
- b. Osteoporosis, Presión arterial alta y diabetes.
- c. Gastritis, cáncer de endometrio.
- d. Anemia, gastritis.
- 7. En la menopausia se requiere de cuidado adecuado en la alimentación, actividad física, control de enfermedades y cuidado personal a fin de llevar un estilo de vida saludable.**
SI () NO ()

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

ALIMENTACIÓN

- A. ¿Cree que tiene una alimentación saludable?**
SI () NO ()
- B. Sigue algún tipo de dieta**
SI () NO ()
- C. ¿Con que frecuencia consume estos alimentos?**

FRECUENCIA	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más	No consume
Leche y derivados por día						
Carne, pescado y huevos por semana						
Legumbres y frutos secos por semana						
Verduras y Hortalizas por día						
Frutas por día						
Pan, arroz, avena por día						
Contenido graso por día						
Consumo de agua por día						

ACTIVIDAD-EJERCICIO

- D. ¿Cree que realiza suficiente actividad física?**
SI () NO ()
- E. ¿Con que frecuencia realiza actividad física?**

FRECUENCIA	1 día	2 días	3 días	4 días	5 o más días
1. ¿Cuántos días por semana realiza ejercicio?					

- F. ¿Qué tipo de ejercicio o actividad realiza con frecuencia?**

CONTROL MÉDICO

G. ¿Considera usted necesario acudir al médico durante la menopausia?

SI () NO ()

H. Con que frecuencia suele ir a chequeo médico?

1. Nunca lo realiza
2. 1 vez por año
3. Cada 2 años
4. Cada tres años
5. Cuando se encuentra enferma

SUEÑO- DESCANSO

I. ¿Cree que descansa lo necesario durante las noches?

SI () NO ()

J. ¿Cuántas horas concilia el sueño durante la noche?

1. 2- 4 horas
2. 6-8 horas
3. 10 horas
4. 10- 12 horas
5. No duerme lo necesario, presenta modificaciones en el patrón sueño.

CIRCULO SOCIAL

K. Considera necesario o importante pertenecer a grupos sociales en su comunidad

SI () NO ()

L. Asiste Ud. A fiestas (familiares, bailes) o reuniones en su comunidad

SI () NO ()

M. Participa Ud. De actividades recreativas (deportes, paseos, turismo etc.)

SI () NO ()

MUCHAS GRACIAS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

ANEXO 5



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
COORDINACION PROVINCIAL DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO
LOJA

Loja 02 de marzo del 2018

Dr. Galo Wladimir Jiménez Plúas
MEDICO TRATANTE DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE OJA

CERTIFICO

Que la señorita CHAMBA SALAZAR DAISY PAOLA, con CC: 1105809576, realizó encuestas en este centro de salud, referentes al proyecto de tesis, "CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADOS QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPAUSICAS DE LA PARROQUIA QUINARA", la cual se realizó durante las consultas médicas de las afiliadas al Seguro Social Campesino de la parroquia Quinara.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente.


 INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
 SEGURO SOCIAL CAMPESINO
Dr. Galo Wladimir Jiménez Plúas
 Médico Tratante
 MEDICO TRATANTE DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE LOJA





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

ANEXO 6



Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada: "CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPAUSICAS EN LA PARROQUIA QUINARA" autoría de Daisy Paola Chamba Salazar egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 24 de Mayo de 2018



Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo, Teléfono: 2678442





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO
QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPÁUSICAS
EN LA PARROQUIA "QUINARA".**

AUTORA:

Daisy Paola Chamba Salazar

LOJA- ECUADOR 2018

*No todos ocupan los
mejores puestos, sino
los más preparados,
aunque no sean genios.*

a) TÍTULO

Conocimiento y prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas en la Parroquia “Quinara”.

b) PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015) menciona que la menopausia es el cese permanente de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular ovárica. La Sociedad Internacional de la menopausia revela que 25 millones de mujeres en el mundo, son afectadas por este cuadro. Esta cifra se duplicaría para el 2020 y las mujeres de 60 años o más representarán más del 30% en el 2050 (Carranza & Proaño, 2015).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012), 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 en los conocimientos menopáusicos y en los problemas relacionados. Aproximadamente el 75% de las mujeres menopáusicas del mundo viven en estos países, por lo tanto, los problemas de salud relacionados con la menopausia tienen una gran magnitud.

En todas las etapas de la vida, el autocuidado es esencial para conservar y mantener una buena salud. La mujer desempeña roles como madre, esposa e hija y, a menudo, antepone sus múltiples roles al cuidado de sí misma, lo que posiblemente puede influir en sus hábitos de salud. En este sentido, estudios realizados muestran que las mujeres que perciben su salud como mala o negativa son aquellas sin información sobre el proceso de menopausia, por lo tanto, las actividades de cuidado no son bien conocidas por las mujeres que cursan esta etapa (Svetlana, Perez, & Reyes, Autopercepción del

estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

A nivel mundial, se institucionalizó el 18 de octubre como Día Mundial de la Menopausia y del Climaterio; donde actualmente se ha incrementado el porcentaje de mujeres perimenopáusicas. Se parte del supuesto de que la función reproductora femenina puede cesar entre los 45 y los 50 años, se ha estimado que el aumento en la expectativa de vida durante los últimos 30 años, es fácil encontrar mujeres de 42-44 años que presentan déficit de conocimientos relacionada con el autocuidado por lo que asisten por primera vez a una consulta solicitando ayuda (Dutra, 2016).

Expertos de la Red Latinoamericana de Investigación evaluaron a 8.000 mujeres de entre 40 y 59 años en 12 países de la región, para saber cómo es su calidad de vida durante el período. Según el estudio realizado existe un déficit en la implementación de programas de atención de la menopausia, por lo que sugieren que las mujeres deben ser abordadas en forma más integral, incluyendo su nutrición, situación hormonal, metabólica y psicológica (Feem & Aeem, 2015).

Se evidencia mediante artículos científicos que:

La mujer en etapa de menopausia está expuesta a factores de riesgo que disminuyen con prácticas de autocuidado. El objetivo fue identificar prácticas de autocuidado en la menopausia. Estudio realizado con 354 mujeres. Se observó déficit de autocuidado principalmente en hábitos alimentarios, apreciándose sobrepeso y obesidad (27%); el ruido es el factor que interfiere con el sueño, 40% no realiza ejercicio; 17.9% no realiza detección de cáncer cérvico uterino, 37.7% no practica autoexploración de mama, sin seguridad social 52.3%; asisten al médico solo cuando están enfermas (Martínez, 2012).

Entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca- 2015, la muestra estuvo considerada por 101 mujeres premenopáusicas, se llegó a la conclusión que la práctica de autocuidado se relaciona con la calidad de vida en las dimensiones de funcionalidad física, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, limitaciones del rol atribuidos por problemas emocionales, estado mental, energía y fatiga, dolor, percepción de la salud en general (Quispe & Hanco, 2015).

En la comuna de Frutillar a una muestra de 101 mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud, los resultados muestran que el 81,2% del grupo de mujeres estudiadas realiza más del 50% de las acciones de autocuidado analizadas en forma saludable, predomina la dimensión psicosocial por sobre las del ámbito biológico, en este sentido la nutrición y la actividad física son las conductas con mayor déficit. El nivel educacional, especialmente el nivel básico es uno de los factores que condiciona un déficit en las prácticas de autocuidado (Pugin, 2016).

En la comuna de La Unión a 62 mujeres entre 40 y 44 años que acudieron a control de salud durante este periodo en el CESFAM Dr. Alfredo Gantz Mann, los resultados demuestran 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%) (Barrientos, 2013).

En una muestra de 56 mujeres en edad premenopáusica, operarias textiles de la Fabrica MAVESA, ninguna de las mujeres estudiadas (0%) realiza prácticas de autocuidado suficiente, realiza prácticas de autocuidado insuficientes un 55,7%, el

83,9% posee un conocimiento bueno acerca de las actividades de prevención, pero no fundamentan su conducta en este conocimiento; el 18,6% de la población realiza actividades insuficientes y el 19,6%, actividades negativas.

Se consideró en este grupo de mujeres que el principal componente de autocuidado se encuentra disminuido, por lo que podría fraguar un empeoramiento del mismo y deteriorar su calidad y estilo de vida en las mujeres que cursan este periodo.

El presente trabajo investigativo se realizará en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia Quinara en el período Septiembre 2017- Febrero 2018, permitiendo determinar el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado que realizan las mujeres que cursan este periodo. Frente a esta problemática surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado que realizan las mujeres en periodo perimenopáusico de la Parroquia Quinara?

c) JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad determinar el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia Quinara considerando que estas dos variables son muy importantes ya que permitirá estipular que saben, que piensan y que hacen las mujeres durante esta etapa, debido a que en la actualidad existe ciertas confusiones que se debe a la falta de información o a la mala comunicación produciendo incertidumbre durante esta etapa. Es así como se convierte en un problema de salud pública donde el factor de riesgo es grande e importante para este grupo, es por ello que los datos epidemiológicos tanto nacionales como internacionales contribuirán a orientar las actividades preventivo promocionales transformando de esta manera a la generación de una nueva conciencia respecto de lo saludable y no saludable con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas (Huamani & Yactayo, 2016)

Según los artículos antes descritos se tomarán en consideración debido a que están relacionados con el autocuidado, permitiendo evidenciar algunos factores que influyen en la práctica. Así mismo se utilizará la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem quien “justifica” la función de enfermería en situaciones específicas en las que el individuo no puede cuidar de sí mismo, no tiene el conocimiento o no está motivado para hacerlo. El autocuidado es una función regulatoria que los individuos llevan a cabo deliberadamente para cubrir necesidades vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente (Prado, Gonzalez, Paz, & Romero, 2014).

En el Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir señala: “Mejorar la calidad de vida de la población”, en el numeral 3.2 hace referencia a: Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida

de las personas mediante la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables (Marin, 2015).

Las “Prioridades de investigación en salud 2013-2017” en el área 19 correspondiente a Sistema Nacional de Salud, línea de Atención primaria de Salud, sublínea promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, accesibilidad a APS y atención basada en la comunidad, los mismos que tienen como objetivo la optimización de recursos para realizar investigación e impactar positivamente en la calidad de la misma, logrando de esta manera mejorar la eficiencia y coordinar los esfuerzos de todos los actores del sistema de salud para lograr los objetivos del Buen Vivir. El reto de los procesos para priorizar la investigación en salud está en aplicar una metodología transparente, incluyente y de calidad, que evite producir sesgos (MSP, 2013).

La Carrera de Enfermería tiene establecidos y consolidadas líneas de investigación, en concordancia con las del Área de la Salud Humana y lineamientos de ASEDEFE, en su línea 1 correspondiente a salud sexual y reproductiva en Loja y la región sur del país, Ámbito 2 hace referencia a: Políticas de Estado para la protección de la salud de la pareja y la familia, políticas de las instituciones formadoras para la promoción de la salud de la pareja y la familia (Ramon, Agurto, Araujo, & Orellana, 2013)

Este trabajo será posible realizarlo gracias a la disposición del personal del Dispensario del Seguro Social Campesino “Quinara” donde se realizará dicho estudio, el mismo que ha permitido la apertura para que el proyecto se realice, cuenta con todas las herramientas necesarias, así como la colaboración desinteresada de las mujeres que cursan este periodo, se explicara el motivo por el cual se va a realizar y se pedirá el consentimiento de los participantes para aplicar la entrevista, dicho proyecto será autofinanciado completamente por la estudiante responsable de la investigación.

El presente estudio se realizará para identificar las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas, cuyos resultados permitirán contribuir a orientar las actividades preventivo promocionales que favorezcan: la nutrición, la actividad física, el autoestima, estado de ánimo, función cognoscitiva, relaciones interpersonales, círculo social, asignación de importancia al examen médico y psicológico logrando de esta manera ayudar al diagnóstico oportuno y la prevención de la mayor morbimortalidad asociada a la menopausia, permitiendo que el enfermero/a pueda dirigir acciones a la atención primaria de salud a través del desarrollo de programas de educación sanitaria, transformando de esta manera el autocuidado, promoviendo la generación de una nueva conciencia respecto de lo saludable y lo no saludable con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres que cursan esta etapa.

d) OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas de la Parroquia Quinara del Cantón Loja, Provincia Loja.

1.2 Objetivos específicos

- Establecer el nivel de conocimiento sobre perimenopausia y menopausia, en las mujeres que cursan este período.
- Identificar las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas.

e) MARCO TEÓRICO

Conocimiento

El conocimiento proporciona a los seres humanos la base que les permite desarrollar una concepción o teoría acerca de sí mismo y del mundo y les proporciona también un medio para racionalizar y justificar su forma de percibir, pensar y actuar; sobre lo cual orientan y apoyan sus decisiones, es además un elemento motivador del comportamiento (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Definición. Se entiende por conocimiento el proceso mental que transforma el material sensible recibido del entorno, que codifica, almacena y recupera en circunstancias o momentos posteriores; no surge de forma repentina, implica un proceso histórico biopsicosocial, individual y colectivo. El tener conocimiento sobre un determinado hecho o situación, permite a quien lo posee ser menos susceptibles a tener percepciones erróneas sobre el propio cuidado de la salud (Cheesman, 2016).

Características del Conocimiento.

- El fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación (Ojeda, 2017).

Climaterio

También conocido como perimenopausia, es la etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Se caracteriza por una deficiencia de estrógenos. Esta etapa incluye el periodo cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas,

indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a la menopausia (Capote, Segredo, & Gómez, 2013).

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 y los últimos diez (55 a 65) postmenopausia (Salvador, 2016).

Menopausia

La menopausia indica el final de la capacidad reproductiva de la mujer, es decir el cese permanente de las menstruaciones, por tanto, constituye uno de los momentos más llamativos de la vida de la mujer con una serie de implicaciones físicas y emocionales. Aunque la menopausia se considera un acontecimiento fisiológico o normal, en realidad es un proceso con muchas implicaciones donde pueden aparecer una serie de síntomas y complicaciones relacionados con los cambios hormonales que caracterizan esta época de la vida (Salvador, 2008).

Fases de la Menopausia.

Premenopausia. Es el tiempo que comprende los cinco años antes que la menopausia.

Menopausia. Es un proceso fisiológico normal en la vida de una mujer que implica la desaparición de la menstruación es decir la última menstruación teniendo en cuenta los siguientes criterios diagnósticos:

- Más de 12 meses de amenorrea o pérdida de la menstruación.

- Más de seis meses sin menstruación con datos clínicos sugestivos.

Postmenopausia. Es el tiempo que sigue a la menopausia hasta el final de la vida de la mujer (Castillo & Salgueiro, 2014).

Tipos de Menopausia.

Menopausia Natural o espontánea. Producida por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre alrededor de los 50 años de edad.

Menopausia Precoz. Causada por insuficiencia ovárica primaria, 5 años previos a la edad considerada como habitual. Según la OMS en menores de 45 años.

Menopausia Tardía. Cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada mayores de 55 años.

Menopausia quirúrgica o artificial. Producida por el cese de la función ovárica por cirugía es importante establecer una terapia hormonal sustitutiva tras la intervención quirúrgica, siempre que esta fuera debida a un proceso benigno (Manzano, 2013).

Incidencia

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida de las mujeres en nuestro país se sitúa en 82,9 años y se calcula que alcanzará 85,1 años en 2020. De ellas, más de 8 millones tienen 50 años o más, edad media de la menopausia. Estas cifras, junto con los cambios socioculturales en la mujer de los últimos años, han repercutido en modificaciones en la actitud de la mujer ante la menopausia y, al mismo tiempo en la actitud de los ginecólogos en el manejo de los trastornos asociados a esta nueva etapa de la vida.

Según el doctor Rafael Sánchez Borrego, presidente de la Fundación Española para el Estudio de la Menopausia (FEEM), “la actitud de las mujeres es más positiva que hace unos años y más activa en la participación en las decisiones clínicas y de tratamiento que afectan a su calidad de vida. En este sentido, el doctor asegura que “la mujer es, por tanto, más protagonista que nunca de su bienestar y está cada vez más interesada en el concepto global de salud. No obstante, recalca este experto que “sigue siendo importante que la mujer no olvide acudir a su ginecólogo ante los síntomas de la menopausia, sólo así se podrá ayudar, ya que la transición a esta nueva etapa de la vida de la mujer debe considerarse como una oportunidad para acudir al médico, evaluando los posibles factores de riesgos de las enfermedades más comunes en esa etapa como: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y osteoartritis, incontinencia, deterioro cognitivo, demencia, depresión y cáncer” (Sanchez, 2015).

Cambios en la Menopausia.

Cambios Biológicos

Bochornos. Se presentan como una repentina sensación de calor en la cabeza, el cuello y el pecho, a veces con enrojecimientos en la piel.

Generalmente, duran varios segundos y puede haber sudoración; cuando esto sucede, suelen sentirse escalofríos, ocurren cuatro o cinco veces al día y con más frecuencia por la noche, lo que provoca trastornos en el sueño. Todavía no se comprende la relación entre la baja hormonal y dicho fenómeno. Un factor importante es que la glándula pituitaria aumenta la producción de la hormona estimulante del ovario en respuesta a la disminución de producción de estrógeno y

progesterona. Los estrógenos son una fuente de defensas para el cuerpo y protegen contra muchas infecciones y enfermedades. Por fortuna el cuerpo se acostumbra a este nuevo nivel más bajo de estrógeno y vuelve a mantener el equilibrio, aunque la fuerza vital disminuye un poco (Bombi, 2014).

Sugerencias: Para disminuir las molestias de los bochornos puede ayudar la vitamina E tomada en dosis de 400 a 800 unidades y el complejo B. De no desaparecer, la acupuntura es una alternativa

La disminución del flujo vaginal. Es provocada por la ausencia de hormonas. Al resecaarse hay posibilidades de sentir molestias en las relaciones sexuales, por ello se ocasione el rechazo (Barú, 2018).

Sugerencias: Como remedio, más que usar cremas con estrógenos, que son absorbidas por el cuerpo, se recomiendan los aceites o cremas con vitamina E, o simplemente de coco o de almendras. Por otra parte, es importante distinguir cuándo la falta de flujos se debe a la menopausia y cuándo es por falta de excitación sexual.

Es conveniente hablar de esto con la pareja, ya que la estimulación hace que aumente la humedad de la vagina. Es recomendable hacer ejercicios para fortalecer el músculo pubococcígeo que rodea el ano, la uretra y la vagina; como retener y soltar la orina durante espacios regulares.

Osteoporosis. Es indudable que la disminución de hormonas acelera la pérdida ósea, por eso en las mujeres son más frecuentes las fracturas, aunque también los hombres sufren de osteoporosis como parte natural del proceso de envejecimiento.

La pérdida de calcio comienza aproximadamente desde los 35 años. Cuando el equilibrio del calcio en la sangre deja de ser adecuado, el cuerpo aplica medidas drásticas: succiona al esqueleto el mineral que necesita para derivarlo a otras funciones importantes. "La densitometría puede medir la densidad de los huesos de la cadera y de la columna vertebral, así como la densidad ósea de todo el cuerpo (Giner Ruiz, 2014).

Sugerencias: Es importante evitar ingerir demasiado café, así como el cigarro, porque la posibilidad de tener osteoporosis se incrementa debido a que la nicotina y la cafeína no permite que se fije el calcio. Lo más recomendable sería una alimentación bien balanceada, sobre todo en vitaminas y minerales. El mejor tratamiento puede ser la ingestión de calcio y proteínas junto con ejercicios bajo el sol (vitamina D). Practicar el ejercicio con constancia permite el desarrollo de unos huesos fuertes y los trastornos y molestias varían en intensidad y diversidad en cada mujer; para algunas pasan de manera casi inadvertida.

Cambios Psicológicos Entre los cambios psicológicos es posible encontrar: depresiones, irritabilidad, cambios de humor, insomnio, sentimientos de frustración y de fracaso, migrañas, pérdida de energía y carcinofobia (miedo al cáncer).

Algunas mujeres tardan más en dormirse, tienen el sueño ligero o sufren de insomnio. El hecho se complica ya que los bochornos las despiertan en la noche y no logran volver a conciliar el sueño.

Sugerencias. Se recomienda hacer ejercicio (correr, caminar o el yoga), para recuperar el sueño. Acudir a la acupuntura y a la homeopatía resulta muy conveniente ya que son tratamientos integrales.

En esta etapa puede haber mayor susceptibilidad, nerviosismo, sentimentalismo. Otros como la tristeza y la depresión son más frecuentes en personas de mediana edad, no de la menopausia, porque se tienen razones diferentes, como es la edad en que los hijos se alejan del hogar; la relación con la pareja se modifica; puede inclusive haber divorcio o viudez; problemas económicos; soledad, miedo de envejecer y perderse un poco en la vida si no se tiene un sentido propio (García, 2013).

Sexo. En la época de la menopausia, los sentimientos sobre el sexo pueden cambiar. La mujer puede tener dificultad para excitarse sexualmente debido a los cambios hormonales, al malestar debido a los cambios en la vagina, o los medicamentos que esté tomando. Por el otro lado, es posible que se sienta más libre y sexy después de la menopausia, y liberada del miedo al embarazo. Hay que recordar sin embargo, que después de la menopausia todavía se puede contagiar con enfermedades de transmisión sexual, tales como el VIH/SIDA. Hasta que la mujer no haya dejado de tener el período menstrual durante un año entero, deberá continuar con el uso de anticonceptivos si no se desea quedar embarazada (Menéndez, 2013).

Signos y Síntomas

Síntomas vasomotores

Bochorno-sudoración. Conocidos vulgarmente como sofocos estos aparecen en un 14-51% de las mujeres en edad fértil; en el 35-50%, en perimenopausia, y en el 30-80%, después de la menopausia. Su frecuencia es de 2.5 a 3.2 sofocos, se caracteriza por una repentina sensación de calor que suele comenzar en la cabeza o el pecho y luego se generaliza, suele acompañarse de sudoración profusa y en

ocasiones de palpitations. La frecuencia de aparición es variable: desde algún sofoco al día hasta varios cada hora del día y de la noche, pueden prolongarse de seis meses a cinco años. La causa exacta de los sofocos es desconocida, pero son debido a sustancias químicas que se liberan en el sistema sanguíneo durante la menopausia. Los vasos sanguíneos son muy sensibles a las sustancias químicas y se dilatan, y es con ello la sangre sube hasta la piel y nos hace sentir calor y ponerse rojas. La razón de los sofocos es el cambio de temperatura corporal que se da durante la época de la menopausia (Rosa, 2013).

Hormigueo. Es una sensación de picor que podemos tener a la vez que los sofocos. La sensación es como que cientos de hormigas estuvieran recorriendo el cuerpo, pero sin producir erupción cutánea. Los cambios en la circulación sanguínea y la ansiedad son las causantes del hormigueo (Pomares, 2016).

Síntomas Neuropsiquiátricos

- Cefalea
- Depresión
- Insomnio
- Alteración de conciencia
- Irritabilidad
- Alteraciones en el ánimo

La aparición de los síntomas psicológicos está relacionada con el ámbito sociocultural e individual (Patiño, 2017).

Trastornos del sueño. Los cambios hormonales de la menopausia alteran los ritmos biológicos de la mujer, que puede sufrir trastornos del sueño que le impide dormir las horas que en ella era habitual, o tener un descanso de inferior calidad

que afecte a su vida diaria. A ello se une el hecho de que, a medida que las personas se hacen mayores, el sueño se vuelve más ligero y los despertares nocturnos son más frecuentes. De hecho, algunas mujeres se despiertan con frecuencia y comienzan a tener dificultades para conciliar el sueño unos años antes de la menopausia, durante la etapa de transición.

Algunos de los síntomas propios de esta fase influyen en la calidad del sueño. Muchas mujeres durante la menopausia se despiertan a menudo por la noche con sensación de inquietud, otras debido a los sofocos nocturnos (con calor intenso o escalofríos), que provocan, a su vez, más ansiedad. De hecho, los sofocos son una de las principales causas que altera el sueño en la menopausia. Si son nocturnos pueden causar sudoración profusa, y despertares una o más veces a lo largo de la noche.

Es importante recordar que se ha comprobado que dormir menos horas de las necesarias tiene repercusiones negativas sobre la salud, como un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad, menor capacidad de atención y de reacción, pérdida de memoria, alteraciones en la piel y la vista, somnolencia durante el día que puede provocar accidentes, e incluso más probabilidades de padecer problemas emocionales, como la depresión, derivados de un descanso insuficiente.

Con sueños interrumpidos y ligeros, las mujeres que sufren estos trastornos sienten disminuida su calidad de vida. Por la noche no descansan y al día siguiente suelen sentirse sin fuerzas, irritables, e incluso tener dificultades para concentrarse en sus labores profesionales o sus tareas diarias. Como se ha señalado, la falta continuada de un sueño reparador puede repercutir en la salud tanto física como

psíquica y, por tanto, ponerle remedio es necesario a cualquier edad, pero más aún durante la menopausia, para evitar además que la *acumulación* de síntomas no repercuta también en el estado de ánimo (García, 2017).

Alteraciones en el estado de ánimo. Los principales estudios prospectivos y revisiones sistemáticas (RS) disponibles no han encontrado asociación entre las alteraciones del estado de ánimo (depresión y ansiedad) y la menopausia. Los factores sociales, familiares, laborales y alteraciones previas del estado de ánimo se han mostrado más determinantes.

Dada la relación hormonal con la serotonina, en el periodo perimenopáusico aumenta la vulnerabilidad a episodios depresivos con o sin historia de trastornos afectivos. Los síntomas premenstruales entre 35-45 años y en la menopausia temprana antes de los 40 tienen un aumento en problemas relacionados con el estado del ánimo. El estrés, y los problemas psicosociales en la edad madura aumentan el riesgo de una depresión. Los factores asociados a cambios en el estado de ánimo son: fumar, poco ejercicio, dificultades económicas, bajo nivel de educación, problemas de salud, falta de una pareja y encontrarse sin parientes. Las mujeres tienen múltiples actividades que involucran el cuidado de los hijos, marido y parientes, lo que por sí mismo son factores que aumentan su nivel de estrés (Ramos, 2013).

Síntomas Vulvo-Vaginales

- Hemorragia anormal
- Sangrado posmenopáusico
- Sequedad vaginal
- Dispareunia

- Trastornos urinarios
- Atrofia vaginal

Síntomas Vaginales. Los cambios hormonales que se producen en el climaterio van a incidir en aquellos órganos que tienen receptores estrogénicos. Tras la menopausia se produce una pérdida de elasticidad del introito vulvar y una reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubricación y, en algunas mujeres, sequedad vaginal y dispareunia.

Diversos estudios observacionales muestran de manera consistente una asociación causal entre los síntomas vaginales y la disminución de estrógenos. A medida que avanza la postmenopausia, la atrofia vaginal es más importante y los síntomas de sequedad vaginal y dispareunia son más manifiestos. Algunos estudios observacionales han mostrado que las mujeres sexualmente activas presentan una menor atrofia vaginal (Cabrera, 2013).

Síntomas Urinarios. La incontinencia urinaria es un problema complejo y multifactorial, cuya prevalencia aumenta con la edad. Aunque la disminución de los estrógenos podría contribuir a la incontinencia urinaria y a la presencia de síntomas urinarios (urgencia miccional), otros factores tienen un papel más relevante (paridad, traumatismos del parto, prolapso uterino y ciertos fármacos).

La asociación entre la incontinencia urinaria y la disminución de estrógenos es controvertida. Algunos estudios han mostrado una asociación, mientras otros no. Por otra parte, diversos estudios muestran un aumento de la incontinencia de urgencia y mixta (de urgencia y de esfuerzo) y una disminución de la incontinencia de esfuerzo en la postmenopausia. No se ha encontrado asociación causal entre la menopausia y las infecciones del tracto urinario recurrentes (ITU).

Los cambios fisiológicos (acortamiento de la uretra distal, alcalinización del pH vaginal y desaparición del lactobacillus) podrían aumentar la susceptibilidad de contraer una infección urinaria en algunas mujeres (Gómez, 2014).

Alteraciones en el peso/masa corporal. La ganancia de peso que se produce frecuentemente durante la menopausia se asocia a un cambio en la distribución de la grasa corporal y se asocia a un aumento del riesgo de hipertensión arterial, elevación de los niveles de lípidos plasmáticos y resistencia a la insulina. Algunos estudios han sugerido que es debido a los cambios hormonales y que podría considerarse “normal”. La mayoría de los estudios poblacionales han demostrado un aumento significativo pero pequeño (1- 2 kg) del peso con la menopausia. Las mujeres que ganan peso también presentan una elevación de los niveles de colesterol y de insulina plasmática y de la tensión arterial, que no se observan en las que permanecen delgadas. Algunos de los típicos factores de riesgo cardiovasculares que se producen durante la menopausia pueden ser debidos a la ganancia de peso (Varela, 2008).

Síntomas Cardiovasculares

- Palpitaciones
- Dolor precordial
- Disnea
- Enfermedad Coronaria

Las afecciones cardiovasculares que influyen en la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular siguen siendo una de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres. El termino cerebrovascular se relaciona con un numero de trastornos relacionados con el aparato circulatorio, entre estas enfermedades se encuentran la hipertensión, la arterioesclerosis, la cardiopatía

isquémica, los accidentes cardiovasculares, las arritmias, las valvopatías y la insuficiencia cardíaca.

Las enfermedades cardiovasculares son particularmente más frecuentes en la postmenopausia, en particular en aquellas mujeres mayores de 65 años. (Collin P 2007). Las posibilidades de una mujer mayor de 50 años de desarrollar enfermedad cardiovascular, en cualquiera de sus distintas formas de presentación, es de 46% y la posibilidad de morir por esta causa es del 31%. Al caer los estrógenos, se eleva el colesterol de densidad baja (LDL) y disminuye el colesterol de densidad alta (HDL); esto favorece la formación de las placas de ateroma y la progresión de la aterosclerosis coronaria; con ello, las enfermedades cardiovasculares se incrementan en forma sustancial (Madrid, 2013).

Síntomas Osteomusculares

- Dolor osteomuscular
- Lumbalgia
- Osteopenia
- Osteoporosis

Modificaciones en la piel.

- Adelgazamiento
- Sequedad
- Arrugas

Al disminuir las fibras colágenas y elásticas en la piel, esta se vuelve fina y frágil, perdiendo elasticidad y firmeza; la epidermis se adelgaza, aumenta la pérdida de agua y disminuye el número de vasos sanguíneos; todo esto se traduce en arrugas. Se puede presentar pérdida de cabello, del vello axilar y pubiano. Sin

embargo, debido al predominio relativo de andrógenos, estos pueden ser reemplazados por pelos más gruesos (Salabert, 2017).

Factores de Riesgo

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:** Las mujeres 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.
- **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.**
- **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:

- 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.

Complicaciones de la menopausia

Enfermedades cardiovasculares. La disminución de los estrógenos provoca un aumento del colesterol malo lo cual eleva el riesgo de arterioesclerosis y de otras enfermedades cardiovasculares como: infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Este riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular aumenta debido a factores de riesgo como el tabaquismo, sobrepeso o la vida sedentaria. Se deben realizar análisis de sangre de manera regular. Entre los análisis más importantes están: el perfil lipídico y el análisis de glucemia.

Osteoporosis. Afecta a casi el 40% de las mujeres de 50 años o más. Aparece durante la menopausia y puede prolongarse hasta los 80 años de edad. Las

principales consecuencias incluyen riesgos de aparición de fracturas en la muñeca, en el cuello del fémur o en la columna vertebral.

Aproximadamente el 35% de las mujeres pueden presentar fracturas a partir de los 50 años como consecuencia de la menopausia. La osteodensitometría permite calcular el riesgo de osteoporosis.

Trastornos ginecológicos. La disminución del nivel de estrógenos provoca el debilitamiento de la pared vaginal la cual se reseca. Por este motivo, las relaciones sexuales se vuelven más dolorosas para la mujer.

Cistitis. Es una infección urinaria bastante frecuente, corresponde a una infección de la vejiga. La disminución del nivel de estrógenos durante la menopausia aumenta el riesgo de infecciones urinarias. Por lo general los episodios de cistitis son benignos. Se considera como una infección grave cuando se presenta más de 2 o 3 veces al año.

Incontinencia urinaria. La menopausia puede favorecer la aparición de síntomas propios de la incontinencia urinaria. Los estrógenos son los encargados de mantener el tono muscular del periné. Durante la menopausia el tono muscular del periné es menor debido a la disminución de estrógenos.

Incontinencia urinaria por esfuerzo. Por lo general, los flujos de orina son moderados y aparecen al realizar un esfuerzo físico como, toser o al practicar algún deporte.

Incontinencia urinaria de urgencia. Las micciones se vuelven cada vez más frecuentes y la persona no puede evitar la contracción de la vejiga. En algunos casos, la persona no puede retener la orina. Por esta razón puede representar un verdadero obstáculo en la vida cotidiana.

Aumento de peso. Durante la menopausia las mujeres presentan una tendencia mayor a ganar peso (aproximadamente 3 o 5 kilos). La acumulación de grasa a nivel del abdomen expone a las mujeres al síndrome metabólico el cual puede derivar en diabetes, accidente cerebrovascular o en complicaciones cardiovasculares.

Cáncer de seno. El sobrepeso y una menopausia tardía pueden aumentar el riesgo de cáncer de seno. Para prevenir el cáncer de seno es necesario que las mujeres de 50 a 74 años de edad se sometan a una mamografía cada dos años.

Otras complicaciones. Durante la menopausia la mujer también puede presentar:

- Trastornos del sueño.
- Irritabilidad.
- Depresión.

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 (Garduño, 2008).

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.

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado se lo aprende a lo largo de la 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 (Fazoli, 2012)

Modelo de Dorothea Orem. En la disciplina de enfermería se pueden identificar diferentes modelos y teorías: Dorothea Orem presenta su "Teoría de enfermería del déficit de autocuidado" como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, sobre cómo la enfermera puede ayudar a la gente, y la teoría de los sistemas de enfermería, que detalla las relaciones que hay que mantener, y la serie de acciones que realiza la enfermera para satisfacer las necesidades de autocuidado (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Es por ello que este tema está enfocado en los requisitos de autocuidado universal de Dorothea Orem que son comunes en todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana (López, 2015).

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Requisitos:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano,
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

En este contexto, la presente investigación se circunscribe al objetivo del autocuidado que lo plantea Orem "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 afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Según el modelo de Dorothea Orem se destaca en los requisitos de autocuidado universal los siguientes parámetros:

Alimentación. Lo primero es aclarar ciertos conceptos:

Alimentación. Es la forma y manera de proporcionar al organismo los materiales que le son imprescindibles para ejercer todas sus funciones. Es un proceso voluntario, consciente y por tanto educable y depende de la decisión libre del individuo.

Nutrición. Es el conjunto de procesos encargados de recibir, transformar y utilizar las sustancias químicas contenidas en los alimentos. Es un proceso involuntario e inconsciente.

Dietética. Es la interpretación y aplicación de los principios científicos de la nutrición y su repercusión metabólica en los individuos sanos, o como medida preventiva o curativa.

Tipos de Nutrientes

Los alimentos contienen en su composición sustancias denominadas nutrientes que según la función que realicen se clasifican en:

Nutrientes energéticos: son aquellos que aportan energía:

- Hidratos de carbono: 4 calorías por gramo.
- Grasas: 9 calorías por gramo.
- Proteínas: 4 calorías por gramo.

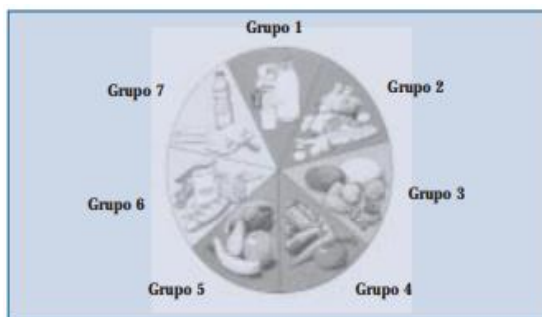
Nutrientes plásticos o formadores: se encargan de la formación, reparación y crecimiento de los tejidos: proteínas, calcio, fósforo, hierro, yodo, entre otros.

Nutrientes reguladores: regulan o modulan las reacciones bioquímicas así como el funcionamiento celular: minerales, vitaminas.

Sustancias relacionadas con la nutrición: fibra, agua, alcohol.

Clasificación de los alimentos

Los doctores Vivanco y Palacios idearon una forma sencilla de agrupar y clasificar los alimentos con el objetivo de proporcionar a la población una guía útil de elaborar una dieta completa y variada. Así crearon la denominada rueda de los alimentos, en la cual se agrupan los alimentos en siete grupos. A cada grupo se le asigna un color según la función prioritaria que poseen los alimentos en él contenidos.



Tomado de: Grupo de Atención a la Mujer de la Sociedad Valenciana de MFyC. Centro de Salud Salvador Pau. Centro de Salud de Campanar. Valencia, 2014.

Grupo 1: Leche y derivados (excepto mantequilla). Color rojo. Función plástica. Este grupo de alimentos constituye una importante fuente de calcio.

Grupo 2: Carne, pescado y huevos. Función plástica. Color rojo. Son una importante fuente de proteínas, hierro, y vitaminas del grupo A y B.

Grupo 3: Patatas, legumbres y frutos secos. Color naranja. Función energética plástica y reguladora.

Grupo 4: Verduras y hortalizas. Color verde. Función reguladora. Ricos en fibra, vitaminas A y C y sales minerales.

Grupo 5: Frutas. Color verde. Función reguladora. Ricos en hidratos de carbono sencillos, vitaminas y sales minerales.

Grupo 6: Cereales, azúcar, miel. Color amarillo. Función energética. Son ricos en hidratos de carbono. Los cereales integrales también constituyen una fuente de fibra y de vitaminas del grupo B.

Grupo 7: Aceite, mantequilla, margarina y tocino. Color amarillo. Función energética. Son alimentos de elevado contenido graso y elevado poder calórico.

También constituyen fuente de ácidos grasos esenciales y de vitaminas liposolubles.

La utilización de esta "Rueda de los alimentos", divulgada por el Programa Español de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU), es sencilla. Se basa en que para conseguir una dieta sana basta con tomar cada día uno o dos alimentos de cada grupo.

Pirámide de Alimentación

En la actualidad se intenta destacar el concepto de dieta equilibrada a través de la denominada pirámide de la alimentación.



"Programa de atención integral a la mujer climática". Monografía Sanitaria, serie E, nº 8. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Valencia.

En esta pirámide se mantiene el código de colores de la Rueda de los Alimentos pero los alimentos se sitúan en distintos niveles en un lugar más o menos amplio según los requerimientos que se tenga de los mismos.

De este modo la base de la pirámide, de color amarillo, la constituyen los alimentos de los grupos 3 y 6 de la rueda. Son alimentos ricos en hidratos de

carbono y deben constituir la base de nuestra alimentación. Se aconseja consumir diariamente de 4 a 6 raciones.

En el segundo escalón, de color verde, se sitúan las verduras y hortalizas (grupo 4) y las frutas (grupo 5), aconsejándose un consumo diario mínimo de 2 raciones de cada uno de estos grupos.

En el tercer escalón, de color rojo, se sitúan la leche y sus derivados (grupo 1), del que se aconseja un consumo diario de dos o tres raciones, y la carne, pescado y huevos (grupo 2), del que se aconseja un consumo semanal de dos o tres raciones de cada uno de ellos, intentando que predomine el consumo de pescado sobre el de carne.

En último lugar, de color amarillo, se sitúa el aceite, del que se recomienda un consumo de 3 a 5 cucharaditas diarias. Se puede consumir indistintamente aceite de oliva o de semillas, pero se debe prescindir de las grasas de origen animal (mantecas).

Alimentación Saludable o Equilibrada

Se puede definir como la cantidad de alimentos que han de aportarse diariamente para conseguir un estado nutricional óptimo, asegurando una buena salud individual. Toda alimentación saludable debe cumplir los siguientes objetivos:

- Debe ser suficiente en cuanto energía: debe aportar suficientes nutrientes energéticos para cubrir las necesidades metabólicas basales, el gasto ocasionado por la actividad física individual y el gasto inducido por el consumo de alimentos o "termogénesis inducida por la dieta".

- Debe ser completa: no sólo debe proporcionar energía sino que debe proporcionar todos los nutrientes (proteínas, grasas, minerales, vitaminas, etc.) necesarios para cubrir las necesidades plásticas o reguladoras del organismo.
- Debe ser variada, ya que una alimentación variada tiene más posibilidades de ser completa. Además, en caso de que en nuestra alimentación exista algún componente tóxico o perjudicial, se disminuirá su presencia.
- Debe ser segura, para lo cual es imprescindible una correcta higiene de los alimentos, tanto en su almacenaje como en su posterior manipulación y cocción. Debe evitar la contaminación cruzada entre distintos alimentos.
- Debe ser equilibrada: cada grupo de nutrientes debe estar presente en adecuadas proporciones con relación a otros componentes de la dieta, y con la energía total ingerida.

Alimentación en el Climaterio

La mujer climática es una mujer, en ausencia de patologías añadidas, sana que entra en una etapa de su vida que se caracteriza por un cambio hormonal que conlleva un incremento de su riesgo cardiovascular y del riesgo de sufrir patología osteomuscular. A través de una correcta alimentación la mujer climática puede prevenir problemas como la osteoporosis, el exceso de peso, la alteración lipídica, entre otras (Varela, Guía de Alimentación y Menopausia, 2008).

Necesidades energéticas: tienen que conseguir el "peso saludable" de la mujer, es decir conseguir un índice de masa corporal entre 18,5 y 25. Para calcular las necesidades energéticas individuales en función de la edad la FAO/OMS/UNU recomiendan:

- Mujeres entre 45-65 años: $(8,7 \times \text{peso teórico}) + 829$.

- Mujeres > 60 años: $(10,5 \times \text{peso teórico}) + 596$. El peso teórico para una mujer se puede calcular según la fórmula de Lorentz: $\text{Peso teórico} = (\text{Talla (cm)} - 100) - [(\text{Talla (cm)} - 150) / 4] + (\text{Edad (años)} - 20) / 2.5$.

Requerimientos de calcio: las necesidades de calcio se establecen en 1.000 mg/día durante la edad adulta hasta la menopausia. En ese momento el efecto de la deprivación hormonal conduce a un aumento de la pérdida de masa ósea. Además, la capacidad de absorción del calcio en el intestino está disminuida, con lo que a partir de la menopausia se debe garantizar un aporte de calcio de 1.500 mg/día. Este aporte puede ser de 1.000 mg/día en las mujeres con THS. El calcio que mejor se tolera y se absorbe es el aportado en la dieta. Se debe aconsejar el consumo de preparados lácteos de bajo contenido en grasa. La administración de preparados de calcio se reserva para los casos en que, tras haber instruido a la mujer, no se consigue cubrir los requerimientos diarios. Todas las sales de calcio tienen una eficacia aceptable y parece que se absorben y toleran mejor cuando se administran junto con lactosa, disminuyendo su absorción si se administran con exceso de grasa o fosfatos. No existen evidencias de que un aumento en la ingesta de calcio favorezca la litiasis renal.

Consumo proteico: se establece que la población adulta general debe consumir entre 0.8 y 2 g de proteína por Kg y día. En todo caso se aconseja que las proteínas supongan el 10-15% de la ingesta energética total, para lo que es recomendable advertir sobre la moderación en el consumo de carne y derivados.

Consumo de grasas: no debe superar el 30% de la ingesta energética total, siendo más permisivos (35%) cuando la grasa habitual es el aceite de oliva. El reparto debe realizarse del siguiente modo:

- Hasta un 7% de los ácidos grasos saturados, para lo que se recomienda disminuir el consumo de grasa de origen animal y las vegetales procedentes de coco, palma.
- Menos del 10% procederán de los ácidos grasos poliinsaturados, incentivando consumir pescado y aceites de semillas (girasol, maíz), así como los frutos secos.
- La ingesta diaria de colesterol no debe superar de media los 300 mg/día.

Consumo de hidratos de carbono: deben proporcionar al menos un 55-60% de las necesidades energéticas diarias. Se recomiendan hidratos de carbono complejos reduciendo al máximo los azúcares simples. Así mismo se aconseja el consumo de alimentos ricos en fibra, siendo recomendable el consumo de 25- 30 gr/día.

Consumo de sal: se aconseja que no supere los 6 gr/día.

Actividad- Ejercicio

Cuando una mujer entra en la menopausia, **los niveles de estrógeno y progesterona disminuyen** significativamente. Estas hormonas son importantes para mantener la salud de la mujer. **El estrógeno, ayuda a la buena salud de los huesos y a mantener un buen nivel de colesterol en sangre.** Es por ello que las posibilidades de **desarrollar osteoporosis a partir de la menopausia**, son más altas. Además, tras la menopausia, se produce una **rápida pérdida de masa ósea y masa muscular.** Por lo tanto, es **imprescindible** que las mujeres menopáusicas **practiquen ejercicio físico para fortalecer la masa ósea, ganar masa muscular**, además **evitar el aumento de peso** que provocan los cambios hormonales (Wellness, 2017).

En el caso de la mujer que ha dejado ya de menstruar, el ejercicio físico actúa a distintos niveles en su organismo. De entrada disminuirá la frecuencia cardiaca, es decir, el número de veces que el corazón late por minuto, y por tanto su tensión arterial, haciéndole trabajar mucho menos. Por otra parte aumentará la cantidad de sangre que expulsa cada vez, mejorando la elasticidad de las arterias y aumentando la sangre que llega a los músculos.

El ejercicio, además, previene la formación de trombos en las arterias, favorece la asimilación del calcio para que se fije en los huesos previniendo así la osteoporosis que empieza a aparecer en la menopausia por la disminución de estrógenos.

El ejercicio físico desencadena la liberación de endorfinas en el cerebro, sustancias responsables de la sensación de bienestar, y si se practica de forma habitual se genera una actitud de mayor resistencia a los problemas del día a día, a la frustración en suma y a los síntomas depresivos, que van parejos en muchos casos a esta etapa de cambio hormonal para la mujer (Salusline, 2015).

Hacer **ejercicio durante la menopausia** conlleva los siguientes beneficios:

- *Mantener un peso adecuado.* Durante la menopausia se gana peso porque se acumula grasa y se produce un cambio en la distribución de la misma, que se fija especialmente en la zona abdominal. Para mantener el índice de masa corporal (IMC) apropiado y evitar esos michelines antiestéticos y poco saludables, es necesario compensar con una alimentación equilibrada y practicando ejercicio regularmente. Caminar a paso rápido durante 30 minutos diarios puede ser suficiente para mantener el peso ideal e incluso, para ayudar

a bajar de peso cuando sea necesario. No hay que olvidar que la obesidad es un factor de riesgo para numerosas enfermedades, como la diabetes mellitus.

- *Prevenir la Osteoporosis.* La pérdida de masa ósea, que se inicia en la tercera década de la vida, se acentúa durante la menopausia, debido a la reducción del número de estrógenos. Para disminuir esta pérdida caminar también resulta positivo, porque aumenta la masa ósea y reduce el riesgo de fracturas. Los ejercicios de resistencia, como levantar pesas, las máquinas de remo, y estirar bandas elásticas, contribuyen al incremento de masa muscular y favorecen también la salud de los huesos.
- *Favorece el Sistema Cardiovascular.* Al realizar ejercicio mejora la circulación de la sangre y el retorno venoso, se reduce la tensión arterial, y se incrementan los niveles de colesterol HDL (bueno), al tiempo que se reduce el nivel de colesterol LDL (malo). Todo esto incide en un menor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como ictus o infarto de miocardio.
- *Mejora la capacidad pulmonar.* Al aumentar la capacidad pulmonar, los órganos del cuerpo reciben mayor oxigenación y sus funciones se optimizan. Practicar ejercicio, junto a una hidratación adecuada, mejora el aspecto de la piel. También facilita la movilidad intestinal y reduce la resistencia a la insulina, lo que supone un mejor control de la diabetes mellitus.
- *Influye positivamente sobre el estado de ánimo.* Con la actividad física se liberan endorfinas, hormonas que segrega el cerebro de manera natural, y que producen sensación de alegría y bienestar. De este modo, el deporte ejerce una acción protectora contra la depresión, los trastornos de ansiedad, el estrés, la irritabilidad, la disminución de la libido.

- *Ayuda a conciliar mejor el sueño.* El insomnio es otra de las molestias asociadas a la menopausia. El ejercicio incrementa la producción de melatonina, una hormona implicada en la regulación de los patrones de sueño-vigilia. Sin embargo, no es aconsejable practicar deporte poco antes de irse a la cama porque podría dificultar el sueño. Es mejor hacerlo por la mañana o, si esto no es posible, al menos dos o tres horas antes de acostarse.
- *Mejora la coordinación y la agilidad:* Una rutina de ejercicios diaria aumenta la capacidad de coordinación, los reflejos y la agilidad, lo que previene las caídas y mejora el rendimiento físico en todos los ámbitos de la vida (Mendoza & Galván, 2016).

Control Médico

Es importante dentro de la labor de enfermería, además de explicar y aclarar todas las dudas sobre los signos y síntomas de esta etapa, señalar o aportar acciones que las mujeres puedan llevar a cabo para abordar algunos de los síntomas más frecuentes del climaterio (Arriagada, y otros, 2014).

Toda mujer, tan pronto le sea diagnosticada la menopausia, ingresa a un programa preventivo, integral e interdisciplinario, cuyo objetivo primordial es el de mejorar la calidad de vida a través de modificaciones de factores de riesgo, que eviten posteriormente el desarrollo de enfermedades de reconocida morbimortalidad, tales como la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis. En esta etapa de la vida es necesaria una consejería de apoyo integral, que abarque recomendaciones sobre aspectos de índole personal, familiar y laboral. Dicha consejería debería desarrollarse al menos en una ocasión antes de la menopausia y nuevamente en el momento en que ingrese al programa preventivo. Estos grupos

de apoyo deben contar como mínimo con un profesional en medicina familiar, psicología y enfermería, con el concurso de programas educativos dirigidos a la comunidad (Uriza, Alwers, Guerra, & Onatra, 2013).

Sofocos. Los sofocos son uno de los síntomas que preocupa más a las mujeres y por el que más consultan. Deben saber que aparece precozmente, que va a desaparecer con el paso de los años y que no tienen significación clínica ninguna.

Entre los autocuidados que se les puede recomendar se encuentran:

- Evitar los sitios calurosos y con aglomeración de gente.
- Buscar lugares climatizados.
- Usar ropa de algodón.
- Dejar correr agua fría por cara, cuello y muñecas.
- Usar técnicas de relajación por la relación de los sofocos con el estrés.
- Evitar el tabaco, el alcohol y la cafeína.

Cefalea. Se trata habitualmente de cuadros de intensidad leve o moderada que se resuelven muy fácilmente con el empleo de analgesia de uso habitual.

Se debe aconsejar eliminar los estímulos sonoros y visuales.

- Evitar el tabaco y el alcohol.
- Evitar el estrés.
- Tomar analgesia si el dolor es importante.
- Descartar que se deban a alguna causa orgánica si son frecuentes.

Insomnio: puede estar relacionado o no con los sofocos.

- Realizar ejercicio.
- Tomar infusiones relajantes antes de dormir.

- Crear un ambiente tranquilo.
- Darse un baño caliente antes de acostarse.
- Evitar la cafeína.
- Evitar el estrés.
- Valorar tratamiento con hipnóticos en aquellas mujeres que no se consigan resultados con las medidas higiénicas dietéticas mencionadas.

Parestesias. En el caso de que aparezcan parestesias se debe descartar que se deban a otras causas.

- Se pueden realizar ejercicios de flexión, extensión y rotación de las zonas afectadas.

Sequedad Vaginal y atrofia vulvovaginal. Están relacionados con el hipoestrogenismo.

- En casos de sequedad vaginal recomendar el uso de un lubricante vaginal durante las relaciones sexuales.
- Mantener una vida sexual activa es importante para retrasar la atrofia.
- Si se presenta dolor, prurito o sangrado, es necesario acudir a consulta.
- Existen preparados de cremas y óvulos vaginales que contienen estrógenos y pueden mejorar la atrofia y sequedad de esta zona, pero no deben usarse como lubricantes.

Prolapsos e incontinencia: Suelen estar relacionados con el debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico y la atrofia del triángulo vesical y de la uretra.

- Realizar los ejercicios de Kegel.
- Usar compresas de algodón.

- Evitar salvaslips y jabones no neutros.
- Conocer los síntomas de infección de las vías urinarias.
- Medidas generales de prevención de infecciones urinarias.

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 gastroenterólogo 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.

Sueño- Descanso

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, 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 teniendo 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. 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.

El insomnio. Es el trastorno del sueño más significativo de la menopausia. Un estudio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Arizona, realizado en mujeres que empezaban a experimentar los primeros síntomas menopáusicos, mostró que, mientras que algunos otros síntomas típicos de este periodo pueden ser variables, el insomnio es la excepción notable, permaneciendo constante independientemente de cuándo han tenido su último periodo menstrual.

Los motivos por los que la menopausia puede contribuir a la aparición de insomnio son:

Síntomas vasomotores: entre un 50-70% de las mujeres presentan sofocos y calores nocturnos durante la transición menopáusica, asociados a la disminución de los niveles de estrógenos. Se presentan frecuentes despertares nocturnos debido a la repentina sensación de calor y sudoración, acompañado de palpitaciones.

El estrés y/o depresión, ansiedad, temores y otros factores emocionales que pueden presentarse en esta etapa de la vida.

Tipos de insomnio:

De conciliación. Dificultad para quedarse dormido

De mantenimiento. Se producen frecuentes despertares durante el sueño. Algunas otras enfermedades, como la artritis y la artrosis, pueden también afectar al sueño.

Despertar precoz. El último despertar se produce como mínimo dos horas antes de lo habitual.

Sueño de mala calidad. La mujer duerme una cantidad de tiempo considerada normal, pero el sueño no es reparador.

Para poder realizar un diagnóstico de insomnio, es necesario que, además de las dificultades para dormir referidas anteriormente, se den una serie de consecuencias durante el día siguiente, tales como cansancio y fatiga, somnolencia excesiva, irritabilidad, mal humor, disminución de la atención y concentración y dificultades de memoria.

Medidas no farmacológicas, entre las que destacan:

- ***Psicoeducación.*** proporcionar al paciente información sobre el sueño y sus trastornos: explicarles cómo varía el sueño durante las diferentes etapas de la

vida, indicarles en qué situaciones son comunes los trastornos del sueño (estrés, enfermedades.) y tranquilizarles para que no se agrave el problema.

- **Medidas de higiene del sueño.** Hábitos que deben ser incorporados al estilo de vida, tales como evitar la cafeína, la nicotina y el alcohol, crear un ambiente cómodo y acogedor en la habitación (evitando las temperaturas extremas), mantener horarios de sueño regulares (incluso los fines de semana), evitar alimentos condimentados o copiosos por las noches o evitar realizar ejercicio físico al menos 3 horas antes de acostarse (ya que el ejercicio aumenta el nivel de alerta y sube la temperatura corporal).

Medidas farmacológicas.

- *Terapia hormonal sustitutiva:* mejora los síntomas vasomotores y las funciones del sistema nervioso central.
- *Melatonina:* se ha demostrado la eficacia de entre 3 y 9 mg. de melatonina para algunos tipos de insomnio.
- *Farma hipnóticos:* tratamiento de última elección, cuando ninguna de las medidas anteriores han surtido efecto.

Síndrome de apnea del sueño. Consiste en episodios de cese de la respiración durante el sueño, que pueden durar 10 segundos o más. Esto es debido a la relajación de los músculos de la base de la garganta, que causa una obstrucción para el paso del aire y provoca ronquidos intensos (algunos de ellos con ahogo) y una respiración muy dificultosa. De hecho, estos ronquidos pueden ser percibidos erróneamente como un indicador de buena calidad de sueño.

Es una enfermedad mucho más frecuente en los varones, aunque en la actualidad se ha demostrado un incremento notable de los casos en mujeres durante la menopausia, llegando a igualar al porcentaje de hombres. Este aumento

de la prevalencia en la menopausia está directamente relacionado con la presencia de sofocos.

Para poder realizar el diagnóstico de apnea del sueño, es necesario que se produzcan al menos 10 apneas por hora de sueño. El diagnóstico de sospecha se confirmará mediante la realización de una polisomnografía, un estudio que mide los ciclos y etapas del sueño.

Con respecto al tratamiento se adoptarán las siguientes medidas:

- Adelgazamiento en caso de personas con sobrepeso
- Reducción del consumo de tabaco y excitantes
- Evitar acostarse boca arriba (se puede colocar algún objeto en la espalda, como una pelota de tenis cosida en el pijama) (Palacios, 2014).

Círculo Social

Los amigos durante ésta época comparten las 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- aislamiento y aquello se puede conseguir frecuentando asociaciones, asistir a reuniones, disfrutar aficiones y cultivar amistades (Pelcastre, Garrido, & León, 2015).

f) METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio de enfoque cuantitativo porque genera información numérica, de corte transversal porque estudia las variables en un momento único en el tiempo; descriptivo ya que se investigó el nivel de conocimiento y se identifica las conductas de autocuidado que tienen las mujeres en el climaterio determinando actitudes, pensamientos y reflexiones.

Área de estudio

La población de la Parroquia es de 1.480 habitantes de acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de los cuales 250 mujeres abarcan las edades de 35 a 45 años; distribuida en la cabecera parroquial y los centros poblados. Su división política administrativa se encuentra conformada por cuatro barrios: Palmira, Sahuayco, Atillo, Quinara.

Universo

La población de estudio está conformada por mujeres de 35 a 45 años que habitan en la Parroquia Quinara.

Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta (Anexo 4), por considerarse adecuado para cumplir con los objetivos del estudio que fue la de obtener información sobre conocimientos de perimenopausia y menopausia, la misma que está adaptada en un instrumento de (Castillo M. , 2016) aplicada en las mujeres de 40 a 59 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho de Lima, que fue modificada en este estudio por conveniencia.

Para valorar el conocimiento sobre menopausia se realizó una encuesta con 7 preguntas (5 politómicas y 2 dicotómicas) con su respectiva interpretación y para determinar las prácticas de autocuidado se tomó en cuenta alimentación, actividad y ejercicio, control médico, sueño- descanso y círculo social.

Una vez elaborada la encuesta y previa a su aplicación, se realizó una prueba piloto en mujeres que cursan este periodo procedente de la Ciudad de Loja para poder obtener la validación de la misma.

Procedimiento de recolección de datos.

Para el desarrollo de este estudio se realizó las siguientes actividades:

- Como primer paso se solicitó el permiso correspondiente al Médico General del Dispensario del Seguro Social Dr. Galo Jiménez con el fin de llevar a cabo el estudio planteado (se adjuntó proyecto y carta de solicitud).
- Se coordinó con las mujeres que cursan este periodo acerca de las actividades a realizarse, a más de explicar el propósito de la investigación.
- Se procedió a realizar la encuesta (ver anexo 4) a las mujeres que cursan este periodo previo consentimiento informado, que acuden al Dispensario Médico de Quinara y por medio de visitas domiciliarias, tomando en cuenta los criterios de inclusión se realizó la encuesta de acuerdo a las variables relacionadas con las respectivas referencia bibliográficas y realidad del lugar de estudio.

Tabulación y análisis de datos.

Una vez obtenidos los datos mediante la encuesta (Anexo 4), en el periodo determinado, se tabularon los datos y se analizaron en referencia al marco teórico

que fundamenta el presente trabajo, los mismos fueron representados en tablas y gráficos con su respectivo análisis de acuerdo a las referencias bibliográficas.

g) CRONOGRAMA

1.3 Proyecto

Conocimiento y prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas en la Parroquia “Quinara”

ACTIVIDADES	AGOST/2017		SEPT/2017				OCTUB/2017				NOVIEM/2017				DICIEM/2017				ENERO/2017				FEBRERO/2017				MARZO/2017				ABRIL/2017						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
Aprobación del proyecto																																					
Solicitar autorización para el desarrollo del proyecto																																					
Construcción del marco teórico																																					
Recolección de datos																																					
Análisis e interpretación de datos																																					
Construcción del primer borrador de tesis																																					
Revisión del informe																																					
Presentación del Informe final de tesis																																					

Autor: Daisy Paola Chamba Salazar

h) PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

1.4 Proyecto

Conocimiento y prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas en la Parroquia “Quinara”

Autofinanciado.

CANTIDAD	PRODUCTO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
10	Transporte	\$ 3.00	\$ 30.00
5	Llamadas telefónicas	\$ 1.00	\$5.00
2	Resma de Papel Boom	\$4.20	\$8.40
-	Impresiones	\$0.010	\$30.00
250	Copias	\$0.002	\$5.00
4	CD	\$0.75	\$3.00
4	Anillados	\$1.25	\$5.00
4	Empastados	\$20.00	\$80.00
-	Previstos	-	\$50.00
TOTAL			\$ 216.40

Autor: Daisy Paola Chamba Salazar.

i) BIBLIOGRAFIA

1. Arriagada, M., Arteaga, E., Bianchi, M., Brantes, S., Montaña, R., Osorio, E., . . . Villaseca, P. (2014). Recomendaciones de tratamiento en la menopausia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 340-345.
2. Barrientos, C. (2013). *Practicas de Autocuidado en Salud y conocimientos que tienen mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo perimenopausico Comuna de la Union* . Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2013/fmb2751p/doc/fmb2751p.pdf>
3. Barú, M. (2018). *Disminucion de flujo vaginal y sequedad vaginal*. Obtenido de <https://www.farmaciconline.com/es/mujeres/582-sequedad-vaginal?showall=1>
4. Bombi, I. (2014). *Cambios Biológicos y Psicológicos en la Menopausia*. Obtenido de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/menopausia/cambios-corporales-y-psicologicos/>
5. Cabrera, M. (2013). *Sintomas Vaginales tras la menopausia*. Obtenido de <http://www.bekiasalud.com/articulos/atrofia-vaginal-menopausia/>
6. Capote, M., Segredo, A., & Gómez, O. (2013). Climaterio y Menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral* , 14-19.
7. Carranza, B., & Proaño, C. (5 de Agosto de 2015). *Menopausia*. Obtenido de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/de7en7/1/una-consultita>
8. Castillo, M. (2016). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al climaterio en mujeres de 40 a 59 añosatendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Junio-Julio 2016*. Obtenido de

- http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/5596/Castillo_vm.pdf?sequence=1
9. Castillo, V., & Salgueiro, M. (2014). Síndrome Menopausico. *Revista Panameña*, 45-70.
 10. Cheesman, S. (5 de Enero de 2016). *Conceptos básicos en investigación*. Obtenido de <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
 11. Dutra, S. (16 de Octubre de 2016). *Día Mundial de la Menopausia*. Obtenido de <https://www.suat.com.uy/consejo-medico/242-dia-mundial-de-la-menopausia/>
 12. Fazoli, S. (2012). *El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura*. Murcia: Scielo.
 13. Feem, & Aeem. (Junio de 13 de 2015). *Día Mundial de la Menopausia "La prevención es la clave"*. Obtenido de <http://www.aeem.es/fotos/prensa/Dia%20Mundial%20de%20la%20Menopausia%202015.pdf>
 14. García, D. (25 de Abril de 2017). Trastornos del sueño en la menopausia. *Revista de Salud y bienestar*. Obtenido de Trastornos del sueño en la menopausia: <http://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/habitos-saludables/trastornos-del-sueno-en-la-menopausia>
 15. García, P. (20 de Mayo de 2013). *Cambios Psicológicos en la Menopausia*. Obtenido de <https://www.diariofemenino.com/articulos/salud/menopausia/cambios-psicologicos-en-la-menopausia/>

16. Garduño, M. D. (2008). Autocuidado de mujeres en eta de menopausia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 63-67.
17. Giner Ruiz, V. (2014). *Osteoporosis: Manejo, Prevencion, Diagnostico y Tratamiento*. Barcelona: semfyc.
18. Gómez, F. (11 de Septiembre de 2014). *Relación problemas de orina y Menopausia*. Obtenido de <http://www.icua.es/articulos-medicos/relacion-problemas-de-orina-y-menopausia/>
19. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: MCGRAW-HILL .
20. Huamani, D., & Yactayo, K. (Febrero de 2016). *Nivel de Conocimiento y practicas de autocuidado que realizan las mujeres premenopausicas que acuden al Hospital de Huaycan* . Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/753/1/huamani_md.pdf
21. López, A. (Junio de 2015). *MODELO DE DOROTHEA OREM APLICADO A UN GRUPO*. Obtenido de Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a traves del proceso enfermero: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
22. Madrid, J. (4 de Junio de 2013). *Enfermedades cardiovasculares asociadas a la menopausia*. Obtenido de <https://salud-1.com/mujer/enfermedades-cardiovasculares-asociadas/>
23. Manzano, B. (Enero de 2013). *Climaterio y Menopausia*. Obtenido de <https://salud-1.com/mujer/tipos-de-menopausia/>

24. Marin, J. (9 de Julio de 2015). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/johanamarin/objetivo-3-plan-del-buen-vivir>
25. Martínez, M. D. (2012). *Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, Mexico*. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a10.pdf>
26. Mendoza, N., & Galván, C. (Junio de 2016). *El ejercicio físico en la mujer durante la perimenopausia y posmenopausia*. Obtenido de <http://www.aeem.es/documentos/menoguias/MENOGUIA%20EJERCICIO%20FISICO.pdf>
27. Menéndez, S. (12 de Febrero de 2013). *La vida sexual durante la menopausia*. Obtenido de <http://www.bekiasalud.com/articulos/vida-sexual-menopausia/>
28. MSP. (2013). *Prioridades de Investigacion en salud 2013- 2017*. Obtenido de http://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/10/Prioridades_Investigacion_Salud2013-2017-1.pdf
29. Ojeda, C. (5 de Agosto de 2017). *Características del Conocimiento*. Obtenido de <https://www.mindmeister.com/es/760247589/caracteristicas-del-conocimiento>
30. Palacios, S. (21 de Julio de 2014). *Alteraciones del sueño en la menopausia*. Obtenido de <http://institutopalacios.com/alteraciones-del-sueno-en-la-menopausia/>
31. Patiño, E. (7 de Agosto de 2017). *Menopausia: Del Climaterio, Síntomas y la Atención Psiquiátrica*. Obtenido de Menopausia: Del Climaterio, Síntomas y la Atención Psiquiátrica: <http://www.triacentro.com/medicina/menopausia-del-climaterio-sus-sintomas-y-la-atencion-psiQuiatrica/>

32. Pelcastre, B., Garrido, F., & León, V. (Octubre de 2015). *Menopausia: Representaciones sociales y prácticas*. Obtenido de Obtenido de file:///C:/Users/PC/Downloads/6335-13370-1-PB.pdf
33. Pomares, R. (8 de Enero de 2016). *Hormigueo y entumecimiento: ¿Un síntoma de la menopausia?* Obtenido de <https://salud-1.com/mujer/hormigueo-y-entumecimiento-de-las/>
34. Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K. (23 de Octubre de 2014). *La teoría Deficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
35. Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (9 de Julio de 2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. Obtenido de file:///C:/Users/PC/Downloads/1139-4545-1-PB.pdf
36. Pugin, A. (2016). *Prácticas de autocuidado de la salud en mujeres urbanas de 45 a 59 años de la comuna Frutillar*. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmp978p/doc/fmp978p.pdf>
37. Quispe, F., & Hanco, C. (29 de Septiembre de 2015). *Prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015*. Obtenido de http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/214/Fanny_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

38. Ramon, S., Agurto, M. d., Araujo, R., & Orellana, R. (2013). *Plan de Estudio Ajustado 2013*. Obtenido de file:///C:/Users/PC/Downloads/planestudios2013-04deseptiembre2015.pdf
39. Ramos, M. (2013). *Aspectos psicologicos de la Menopausia*. Obtenido de Aspectos psicologicos de la Menopausia: http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/08_ago_2k10.pdf
40. Rosa, A. (26 de Febrero de 2013). *Sofocos, Bochornos y Sudores en la Menopausia*. Obtenido de <https://www.diariofemenino.com/salud/menopausia/articulos/sofocos-bochornos-sudores-menopausia/>
41. Salabert, E. (25 de Abril de 2017). *La piel en la Menopausia*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/afecciones-esteticas/piel-y-menopausia/cambios-3438>
42. Salusline. (2015). *Menpausia y Actividad Física*. Obtenido de http://healthcoach.salusline.com/files/mod_1716_1.pdf
43. Salvador, J. (2008). Climaterio y Menopausia: Epidemiologia y Fisiopatologia. *Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia*, 61-78.
44. Salvador, J. (2016). Climaterio y Menopausia. *Revista de Ginecología y Obstetricia*, 61-78.
45. Sanchez, R. (13 de Octubre de 2015). *18 de Octubre "Dia Mundial de la Menopausia" "La prevencion es la clave"*. Obtenido de <http://www.aem.es/fotos/prensa/Dia%20Mundial%20de%20la%20Menopausia%202015.pdf>

46. Svetlana, V., Perez, R., & Reyes, O. (23 de Octubre de 2014). *Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000500012&script=sci_arttext
47. Uriza, G., Alwers, R., Guerra, O., & Onatra, W. (Junio de 2013). *Menopausia*. Obtenido de http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GO/menopausia.pdf
48. Varela, G. (2008). *Guia de Alimentacion y Menopausia*. Madrid: ITALFARMACO, S,A. Obtenido de <http://www.flaviamenopausia.com/documents/13060/14475/Guia+Menopausia+Modulo+2.pdf/ba9bab42-9581-4783-ac88-6fb6fcab7237>
49. Wellness, S. (30 de Agosto de 2017). *La importancia del ejercicio fisico durante la menopausia*. Obtenido de <https://shawellnessclinic.com/es/shamagazine/la-importancia-del-ejercicio-durante-la-menopausia/>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 1

MATRIZ OPERACIONAL DE VARIABLES

N° __

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Variable independiente CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADO Conocimientos básicos que la mujer ha adquirido sobre la menopausia para considerar aspectos para relacionar al autocuidado	Conceptos Generales	Definición de menopausia	Conoce Desconoce
		Cambios durante la Menopausia	Conoce Desconoce
		Signos y Síntomas	Conoce Desconoce
		Factores de Riesgo	Conoce Desconoce
		Complicaciones	Conoce desconoce
Variable dependiente PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO Conjunto de acciones y actividades positivas realizadas de forma intencional para contribuir en la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo del ser humano.	Biológica	Alimentación	1-2 veces por semana 3 veces a la semana 4- 5 veces a la semana No consume
		Actividad-Ejercicio	1-2 veces por semana 3 veces a la semana 4-6 veces a la semana No realiza

		Control medico	1 vez al año Cada 2 años Cada 3 años Cada 4 o más años Cuando está enferma
		Sueño- Descanso	2-4 horas 6- 8 horas 10 horas 10 a 12 horas No descansa lo necesario
		Círculo Social	Si No

Autora: Daisy Paola Chamba Salazar



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA
ANEXO 2**

SOLICITUD DE PERMISO

Dr. Galo Jiménez

MEDICO TRATANTE DEL DISPENSARIO DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE QUINARA.

De mi especial consideración

Por medio del presente expreso un atento y cordial saludo, y a la vez me permito hacerle conocer a su autoridad lo siguiente:

Yo, Daisy Paola Chamba Salazar, con número de cédula 1105809576, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja y autora del proyecto de tesis titulado: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPAUSICAS DE LA PARROQUIA “QUINARA”, solicito respetuosamente se me conceda el permiso pertinente para la aplicación de encuestas, que permitirán determinar el nivel de conocimiento e identificar las diferentes conductas de autocuidado que tienen las mujeres durante este período, determinando que saben, que piensan y que hacen durante esta etapa, de tal manera que la investigación ofrezca datos reales que reflejen aspectos positivos y los problemas sobre la temática antes mencionada.

Por este motivo solicito, si fuese posible, que se me facilitara la información pertinente, así como la autorización para llevar a cabo dicho estudio. Esperando su comprensión, desde ya agradezco su disposición y su colaboración que es muy importante para el éxito de mi Proyecto de Tesis y para la formación de nuevos profesionales.

Atentamente

Daisy Paola Chamba Salazar

1105809576



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Loja, ___ de _____, del 2017

Yo _____ de _____ años de edad y con CI:- _____, manifiesto que he sido informada sobre los objetivos principales de la realización de esta encuesta para el Proyecto de Trabajo de Fin de Grado, llevado a cabo por Daisy Paola Chamba Salazar, estudiante de la Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana, Carrera de Enfermería. He sido también informada de que el fin del estudio es determinar el nivel de conocimientos y prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres perimenopáusicas en la Parroquia “Quinara”

En cuanto a los datos personales, he sido informada de que serán confidenciales. Mis datos personales y los datos recogidos en esta encuesta serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad. Tomando ello en consideración, OTORGO mi pleno CONSENTIMIENTO a que esta encuesta tenga lugar y sea utilizado para el proyecto en estudio con carácter anónimo.

FIRMA DEL PARTICIPANTE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 4

ENCUESTA

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar información para llevar a cabo la investigación titulada “**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO QUE REALIZAN LAS MUJERES PERIMENOPAUSICAS EN LA PARROQUIA QUINARA PERÍODO SEPTIEMBRE 2017- FEBRERO 2018**”. Previo a la encuesta sobre el grado de conocimientos y prácticas de autocuidado, se le pide contestar estas breves preguntas de forma sincera, para conseguir un mejor resultado en la elaboración del estudio.

DATOS

GENERALES:

Fecha: _____

Edad: ____Años

A continuación se le pide que encierre en un círculo, en el ítem que considere correcto.

8. ¿Qué entiende usted por menopausia?

- e. Es la última menstruación de la mujer.
- f. Es una etapa de bochornos, insomnio e irritabilidad en la mujer.
- g. Es el inicio del proceso de envejecimiento en la mujer.
- h. Es una etapa normal de la vida de la mujer, donde pasa de la fase reproductiva a la no reproductiva.

9. ¿Qué entiende usted por perimenopausia o climaterio?

- d. Es una etapa de la vida de la mujer que engloba a la menopausia
- e. Es una etapa de bochornos, insomnio e irritabilidad en la mujer.
- f. Es el inicio del proceso de envejecimiento en la mujer.

10. Comentar los cambios de la menopausia y conocer sus causas ayuda a tener una actitud negativa ante la misma.

SI ()

NO ()

11. ¿Cuál cree usted que son los síntomas durante la menopausia?

- e. Sudoración, depresión, pérdida del sueño, sofocación, irregularidades menstruales y trastornos genitourinarios.
- f. Solamente Tos

- g. Desmayos, debilidad general y fiebre
 h. No conozco ningún síntoma en la menopausia

12. Cree usted que los factores como la herencia, el tabaco, paridad y el uso de pastillas anticonceptivas adelanta la edad de la menopausia.

SI () NO ()

13. ¿Cuáles son las complicaciones más comunes en el climaterio?

- e. Cáncer de colon y Cáncer de huesos
 f. Osteoporosis, Presión arterial alta y diabetes.
 g. Gastritis, cáncer de endometrio.
 h. Anemia, gastritis.

14. En la menopausia se requiere de cuidado adecuado en la alimentación, actividad física, control de enfermedades y cuidado personal a fin de llevar un estilo de vida saludable.

SI () NO ()

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

ALIMENTACIÓN

N. ¿Cree que tiene una alimentación saludable?

SI () NO ()

O. Sigue algún tipo de dieta

SI () NO ()

P. ¿Con que frecuencia consume estos alimentos?

FRECUENCIA	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más	No consume
Leche y derivados por día						
Carne, pescado y huevos por semana						
Legumbres y frutos secos por semana						
Verduras y Hortalizas por día						
Frutas por día						
Pan, arroz, avena por día						
Contenido graso por día						
Consumo de agua por día						

ACTIVIDAD-EJERCICIO

Q. ¿Cree que realiza suficiente actividad física?

SI () NO ()

R. ¿Con que frecuencia realiza actividad física?

FRECUENCIA	1 día	2 días	3 días	4 días	5 o más días
2. ¿Cuántos días por semana realiza ejercicio?					

S. ¿Qué tipo de ejercicio o actividad realiza con frecuencia?

CONTROL MÉDICO

T. ¿Considera usted necesario acudir al médico durante la menopausia?

SI () NO ()

U. Con que frecuencia suele ir a chequeo médico?

6. Nunca lo realiza
7. 1 vez por año
8. Cada 2 años
9. Cada tres años
10. Cuando se encuentra enferma

SUEÑO- DESCANSO

V. ¿Cree que descansa lo necesario durante las noches?

SI () NO ()

W. ¿Cuántas horas concilia el sueño durante la noche?

6. 2- 4 horas
7. 6-8 horas
8. 10 horas
9. 10- 12 horas
10. No duerme lo necesario, presenta modificaciones en el patrón sueño.

CIRCULO SOCIAL

X. Considera necesario o importante pertenecer a grupos sociales en su comunidad

SI () NO ()

Y. Asiste Ud. A fiestas (familiares, bailes) o reuniones en su comunidad

SI () NO ()

Z. Participa Ud. De actividades recreativas (deportes, paseos, turismo etc.)

SI () NO ()

MUCHAS GRACIAS

