

Prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del
Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

JURADO CALIFICADOR

Lic. Ana Luz Flores Mamani
Presidenta

Mg. Rut Ester Mamani Limachi
Secretaria

Lic. Delia Luz León Castro
Vocal

Lic. Martha Rocío Vargas Yucra
Vocal

Lic. Enmily Raquel Alarico Carrillo
Asesora

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



TESIS DE TITULO

Prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015

Tesis presentada para optar el título profesional de licenciada en enfermería

Autoras

Bach. Fanny Amiley Quispe Paucar

Bach. Carmen Beatriz Hanco Mamani

Asesora

Lic. Enmily Alarico Carrillo

Juliaca, 2015

Dedicatoria

Con amor a la gracia de Dios, a mis padres que con amor y dedicación fueron artífices de mi formación profesional y a los miembros de mi familia que hicieron posible la realización de este trabajo.

Fanny

Con infinita gratitud a mis queridos padres ejemplos de dignidad y sacrificio, que supieron guiarme por la senda del bien con su apoyo incondicional en el logro de mi profesión. A mis queridos hermanos por su permanente apoyo moral

Carmen

Agradecimiento

A la Universidad Peruana Unión de Juliaca, por enseñarnos valores morales y espirituales, que tenemos presentes cada día de nuestras vidas. Además por habernos cobijado en sus aulas durante nuestra formación académica.

A la escuela profesional de enfermería de dicha universidad; en especial a todos los docentes que impartieron sus conocimientos para que nuestra formación sea exitosa y de alguna forma contribuir en nuestra sociedad.

Agradecemos a los dictaminadores por la labor y la comprensión que costo revisar el trabajo de investigación, quedando inmensamente agradecidas por las correcciones y sugerencias que nos hicieron en todo el proceso de esta investigación hasta su culminación.

A nuestra asesora Lic. Enmily Alarico Carrillo quien nos orientó y guio en todo el proceso de investigación.

Un agradecimiento especial al ing. Yony Gerardo Ccapa Maldonado por asesorarnos en la parte teórica como estadística durante todo el proceso de investigación.

Agradecemos a la Municipalidad provincial de San Román, por brindarnos facilidades en el recojo de información a las mujeres pre menopaúsicas que asisten al Programa Vaso de Leche de la mencionada municipalidad.

Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	xvi
Abstract.....	xvii
Capítulo I.....	1
Introducción.....	1
1.Planteamiento del Problema.....	1
1.1. Formulación del Problema.....	5
2. Justificación.....	6
3. Objetivos de la investigación.....	7
3.1 Objetivo General.....	7
3.2 Objetivos Específicos.....	7
Capítulo II.....	9
Marco Teórico.....	9
1.Antecedentes de la investigación.....	9
2. Marco conceptual.....	15
2.1. Prácticas de autocuidado.....	15
2.1.1. Principales conceptos del autocuidado.	20
2.1.2. Autocuidado Universal.	22
2.1.3. Autocuidado del Desarrollo.....	22
2.1.4. Autocuidado en relación a la desviación de la salud.	22
2.1.5. Principios para el autocuidado.	23
2.1.6. Evolución de las prácticas de autocuidado.	23
2.1.7. Factores determinantes del autocuidado.....	25
2.1.7.1. Factores internos o personales.....	25
2.1.7.2. Factores externos o ambientales.....	27

2.1.8. Fomento del autocuidado.....	29
2.1.9. Dimensiones del autocuidado.....	31
2.1.9.1. En su dimensión biológica.....	31
2.1.9.2. En su dimensión psicosocial.....	33
2.2. Calidad de vida.....	34
2.3. Dimensiones de la calidad de vida.....	39
2.3.1. Funcionalidad física.....	39
2.3.2. Funcionalidad social.....	39
2.3.3. Limitaciones del rol atribuido a problemas físicos.....	40
2.3.4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.....	40
2.3.5. Estado mental.....	41
2.3.6. Energía y fatiga.....	41
2.3.7. Dolor.....	43
2.3.8. Percepción de la salud en general.....	43
3. Marco bíblico filosófico.....	43
4. Modelo teórico.....	46
5. Definición de términos.....	48
Capítulo III.....	52
Materiales y Métodos.....	52
1. Método de la investigación.....	52
2. Hipótesis de la investigación.....	53
2.1 Hipótesis general.....	53
2.2 Hipótesis específicas.....	53
3. Variables de la investigación.....	54
3.1 Identificación de las variables.....	54
3.1.1 Variable.....	54
3.1.2 Operacionalización de las variables.....	55

4. Delimitación geográfica y temporal.....	59
4.1. Delimitación Geográfica.	59
4.2. Delimitación Temporal.	59
5. Población y muestra	59
5.1. Población.....	59
5.2. Muestra.	59
5.2.1 <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	60
6. Técnica e instrumentos de recolección de datos	60
6.1 Técnica.....	60
6.2. Instrumento.	60
7. Proceso de recolección de datos.....	66
8. Procesamiento y Análisis de datos.....	66
Capítulo IV.....	68
Resultados y discusión.....	68
1. Resultados.....	68
1.1. En relación al objetivo general.....	68
1.2. En relación al objetivo específico 1.....	72
1.3. En relación al objetivo específico 2.....	76
1.4. En relación al objetivo específico 3.....	81
1.5. En relación al objetivo específico 4.....	85
1.6. En relación al objetivo específico 5.....	90
1.7. En relación al objetivo específico 6.....	94
1.8. En relación al objetivo específico 7.....	98
1.9. En relación al objetivo específico 8.....	102
Capítulo V.....	117
1. Conclusiones.....	117
2. Recomendaciones.....	121

Referencia Bibliografía.....	123
ANEXOS.....	130

Índice de Tablas

Tabla 1.....	38
Dimensiones de calidad de vida y ejemplos de apoyos individualizados.	
Tabla 2.....	62
Validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos	
Tabla 3.....	64
Dimensiones del estado de salud	
Tabla 4.....	68
Nivel de práctica de autocuidado en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 5	68
Nivel de calidad de vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 6.....	70
Análisis de coeficientes entre la prácticas de autocuidado y calidad de vida	
Tabla 7.....	70
Análisis de Correlación entre práctica de autocuidado y calidad de vida	
Tabla 8.....	71
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida	
Tabla 09.....	72
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida	
Tabla 10.....	72
Nivel de calidad de vida en su dimensión funcionalidad física en mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 11.....	74
Análisis de coeficientes entre las prácticas de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física.	
Tabla 12.....	74
Análisis de Correlación entre la práctica de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física.	
Tabla 13.....	75
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la funcionalidad física	

Tabla 14.....	76
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en su dimensión de funcionalidad física	
Tabla 15.....	76
Nivel de calidad de vida en su dimensión funcionalidad social en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 16	78
Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad Social y las prácticas de autocuidado	
Tabla 17.....	78
Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de funcionalidad Social y la práctica de autocuidado	
Tabla 18.....	79
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad social.	
Tabla 19.....	80
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de la funcionalidad Social.	
Tabla 20.....	81
Nivel de calidad de vida en su dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 21.....	82
Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos y la práctica de autocuidado.	
Tabla 22.....	83
Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, y la práctica de autocuidado	
Tabla 23.....	83
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos	
Tabla 24.....	84
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.	
Tabla 25.....	85
Nivel de calidad de vida en su dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales en mujeres pre menopáusicas	

beneficiarias del Programa Vaso de Leche

Tabla 26.....	86
Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales y la práctica de autocuidado.	
Tabla 27.....	87
Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, y la práctica de autocuidado	
Tabla 28.....	88
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales	
Tabla 29.....	89
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales	
Tabla 30.....	90
Nivel de calidad de vida en su dimensión estado mental en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 31.....	91
Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de estado mental y la práctica de autocuidado.	
Tabla 32.....	92
Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de estado mental y la práctica de autocuidado	
Tabla 33.....	92
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión estado mental	
Tabla 34.....	93
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de estado mental	
Tabla 35.....	94
Nivel de calidad de vida en su dimensión energía y fatiga en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 36.....	95
Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga, y la práctica de autocuidado.	
Tabla 37.....	96
Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión	

de energía y fatiga, y la práctica de autocuidado.

Tabla 38.....	96
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión en la energía y fatiga	
Tabla 39.....	97
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga.	
Tabla 40.....	98
Nivel de calidad de vida en su dimensión dolor en mujeres premenopausicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 41.....	99
Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión dolor, y la práctica de autocuidado.	
Tabla 42.....	100
Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de dolor, y la práctica de autocuidado	
Tabla 43.....	101
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de dolor.	
Tabla 44.....	102
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de dolor	
Tabla 45.....	102
Nivel de calidad de vida en su dimensión percepción de la salud en general en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche	
Tabla 46.....	104
Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general, y la práctica de autocuidado	
Tabla 47.....	105
Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general, y la práctica de autocuidado	
Tabla 48.....	105
Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general	

Tabla 49.....	106
Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general	

Índice de Figuras

Figura 1.	69
Dispersión entre la práctica del autocuidado y la calidad de vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	
Figura 2.	73
Dispersión entre la práctica del autocuidado y la funcionalidad física de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	
Figura 3.	77
Dispersión entre la práctica del autocuidado y la funcionalidad social de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	
Figura 4.	81
Dispersión entre la práctica del autocuidado y la limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	
Figura 5.	86
Dispersión entre la práctica del autocuidado y la limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales de las mujeres premenopausicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	
Figura 6.	90
Dispersión entre la práctica del autocuidado y el estado mental de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	
Figura 7.	94
Dispersión entre la práctica del autocuidado y la energía y fatiga de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	
Figura 8.	99
Dispersión entre la práctica del autocuidado y el dolor de las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	
Figura 9.	103
Dispersión entre la práctica del autocuidado y la percepción de la salud en general de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.	

Índice de Anexos

Anexo 1	131
Cuestionario de prácticas de autocuidado	
Anexo 2	135
Cuestionario de salud sf- 36	
Anexo 3	139
Desarrollo de la escala de stanones para la práctica de autocuidado, calidad de vida y las 8 dimensiones de calidad de vida	

Resumen

El **objetivo** fue determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca- 2015. La **metodología** que se utilizó en esta investigación fue la correlacional, el diseño de la investigación es no experimental, transeccional o transversal, la muestra estuvo considerada por 101 mujeres premenopáusicas del Programa Vaso de Leche, la técnica fue el cuestionario, el instrumento para la práctica de autocuidado fue de 38 ítems, y para la calidad de vida el cuestionario SF-36. Se llegó a los siguientes **resultados** que existe relación entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida ($r= .502$), en las dimensiones como la funcionalidad física ($r= .452$), y la funcionalidad social ($r= -.161$), presentaron una regular calidad de vida, en las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos ($r= .488$) tuvieron una buena o mala calidad de vida, en las limitaciones del rol atribuidos por problemas emocionales ($r= .275$) presentaron una mala calidad de vida, en el estado mental un ($r= .217$) y en energía y fatiga ($r= .534$) presentaron un nivel regular de calidad de vida, en la dimensión dolor ($r= .363$) presentaron un nivel regular calidad de vida, en la percepción de la salud en general ($r= .398$) tuvieron una regular calidad de vida, además el 50.5% presentaron una práctica de autocuidado saludable, en el nivel de calidad de vida un 48.5% que presentaron una regular calidad de vida. 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.

Palabras claves: Mujeres pre menopáusicas, práctica, autocuidado, calidad de vida

Abstract

The **aim** to determine the relationship between self-care practices and quality of life in premenopausal women beneficiaries of the vaso de leche program, Juliaca 2015. La **methodology** used in this study was correlational, the research design It is not experimental, transactional or cross, the sample was considered by 101 premenopausal women Glass Milk Program, the technique was the questionnaire, the instrument for the practice of self-care was 38 items, and the quality of life questionnaire SF. 36. Se reached the following **results** existing relationship between the practices of self-care and quality of life ($r = .502$) in the dimensions physical functioning ($r = .452$), and social functioning ($r = -.161$) showed a regular quality life, role limitations attributable to physical problems ($r = .488$) had a good or bad quality of life, role limitations due to emotional problems attributed ($r = .275$) had a poor quality of life in the mental state one ($r = .217$) and in energy and fatigue ($r = .534$) had a regular level of quality of life in the dimension pain ($r = .363$) had a regular level quality of life, perception health in general ($r = .398$) had a fair quality of life, and 50.5% had a healthy self-care practice at the level of quality of life 48.5% who had a fair quality of life. It is **concluded** that the practice of self is related to the quality of life in the dimensions of physical functioning, limitations attributed role to physical problems, role limitations attributed by emotional problems, mental state, energy and fatigue, pain perception health in general.

Keywords: premenopausal women practice self-care, quality of life

Capítulo I

Introducción

1. Planteamiento del Problema

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 2013 y las mujeres de 60 años o más representarán más del 30% en el 2050 (Carranza & Proaño, 2011).

El Dr. Teddy en el Congreso Latinoamericano de Climaterio y Menopausia realizado en Quito en el año 2011, señala que en Ecuador no existe un programa público de asesoría y tratamiento de la menopausia; tampoco existen departamentos específicos en las direcciones de salud para tratar la problemática que afecta a más de medio millón de mujeres en el país situación que debe ser considerada por el personal de salud, para desarrollar programas de educación para la salud en la población de mujeres cercanas a la etapa de la menopausia o durante ésta (Carranza & Proaño, 2011).

Hasta hace pocos años, en nuestro país, la salud de la mujer había sido enfocada desde el ángulo de la ginecología, es decir, de las enfermedades del aparato

genital femenino. En los últimos años del siglo XX y lo transcurrido del siglo XXI, el enfoque ha ido cambiando de enfermedad a prácticas de autocuidado y como resultado una buena calidad de vida (Rapado, 1999).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI, 2011) público en el último censo nacional, que las mujeres en nuestro país representan un poco más del 50% de la población total, siendo actualmente la expectativa de vida del género femenino de 70.85 años y se estima que para el quinquenio 2010-2015 será de 72.4 años por tanto, un tema importante en cuanto a la salud de la mujer es el climaterio, que se desarrolla entre los 35 y 65 años.

En las diferentes etapas a lo largo de la vida la mujer desempeña un papel importante en la familia y sociedad como madre, esposa, hija, trabajadora, ama de casa, educadora, y otros. En este contexto el climaterio condiciona cambios en la forma de vida de las mujeres y sus familias, ya que actualmente está rodeando de ciertos prejuicios influenciados por mitos y supersticiones, lo que origina que la mujer sea víctima de mitos y temores a lo largo de todas las culturas y sociedades, puesto que en las sociedades patriarcales se define a la menopausia como una enfermedad, lo cual ha opacado el concepto de esta como un suceso biológico natural e inevitable (Rojas, 2003).

Rojas (2003) expresa que actualmente la sociedad y su cultura están más enfocadas en la juventud, la belleza y la maternidad, por lo cual la mujer en edad de climaterio muchas veces es marginada, considerándose como algo negativo, recibiendo muchos calificativos como la histérica de la oficina, la madre melancólica, la esposa insoportable, sin saber que un suceso importante está produciéndose al interior de su cuerpo. Psicológicamente la mujer tendrá que reforzar su autoestima acostumbrándose a su nueva imagen. Todo esto puede

influenciar negativamente en su autocuidado; que de cierto modo modifican o limitan el manejo adecuado de esta etapa, que se inicia con la pre menopausia, ocasionando complicaciones posteriores como enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y otros.

El Instituto de capacitación y proyectos en salud (2001), señala que: “El climaterio es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparece la menstruación, se pierde la capacidad reproductora, se producen signos de des feminización y tiene lugar ciertos cambios psicológicos, todo ello como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica”

Orem (1993) afirma que la enfermería se refiere especialmente a las necesidades del ser humano que están en relación con el autocuidado, definiéndose este como: “Las acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos”. Además refiere que en una sociedad siempre hay seres humanos que no son capaces de cumplir con acciones precisas para la supervivencia.

Por lo tanto es responsabilidad del profesional de Enfermería resguardar el autocuidado del cliente, a través de métodos educativos dirigidos a la mujer en fase pre menopáusico, por ser la primera fase de climaterio y de inicio poco sintomático, a fin de concientizarlas sobre la importancia de prevenir las complicaciones. Esta actividad de enseñanza permite una mejor comprensión de esta etapa como un proceso natural, motivándola a la participación activa en su autocuidado, mediante la práctica de medidas preventivas con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Por lo que la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015), define la calidad de vida, como la percepción personal de un individuo de su situación de vida,

dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. Es un concepto tridimensional de muy difícil medición.

En los países latinoamericanos las causas de mortalidad de las mujeres mayores de 45 años son los procesos cardiovasculares y tumorales. En estudios de autopsia médico legales se han encontrado que ya ente los 30 y 39 años de edad, una cuarta parte de las mujeres presentan lesiones ateroscleróticas de algún tipo. En el Perú la principal causa de muerte en mujeres se debe a enfermedades cardiovasculares en un 46%, el 4% se debe a cáncer de mama y el 2.5% a fracturas secundarias a osteoporosis. La prevalencia de los factores de riesgo coronario es alta, pues en la población de 20 a 69 años, el 6.7% tiene diabetes, el 24.6% tiene hipertensión arterial y el 8.8% padece de hipercolesterolemia (Maquera, 2012).

White (2007) refiere que en muchos hogares la esposa y madre no tiene tiempo para leer a fin de mantenerse bien informada ni tiene tiempo para ser la compañera de su esposo ni para seguir de cerca el desarrollo intelectual de sus hijos. No hay tiempo ni lugar para que el querido Salvador sea su compañero íntimo. Poco a poco ella se convierte en una simple esclava de la casa, cuyas fuerzas, tiempo e interés son absorbidos por las cosas que perecen con el uso. Muy tarde despierta para hallarse casi extraña en su propia casa.

Por todo lo mencionado, el que hacer de la enfermera debe centrarse en promover y fortalecer el autocuidado, donde la educación juega un papel importante en la medida que permita a las personas hacer frente a los problemas de salud, esto nos ayuda a individualizar el cuidado según sus características y situaciones de vida, a través de la enseñanza que se brinda con respecto a su salud en general, lo que tendrá una gran implicancia en su calidad de vida, de tal manera podrá satisfacer más plenamente sus necesidades, incrementando sus conocimientos, potencializando sus

capacidades que le ayuden a enfrentar y manejar el cuidado de su salud a través del autocuidado; por lo cual, ante los hechos encontrados es necesario, conocer la capacidad de autocuidado que tiene cada mujer en etapa pre menopáusica, y así poder garantizar que las actividades que realice, sean lo suficiente para mantener una calidad de vida aceptable y atender las demandas de autocuidado generadas por esta etapa. El conocimiento de ello, permitirá orientar las necesidades educativas de cada mujer, según el déficit de autocuidado encontrado; y la orientación del apoyo familiar requerido para lograr un cuidado más efectivo y una calidad de vida óptima.

El problema forma parte del área de investigación del autocuidado en la salud de la mujer, la misma que debe ser explorada por cuanto está afectando la calidad de vida de la mujer adulta y frente a la cual la enfermera (o) debe fortalecer sus acciones de promoción e inserción de un nuevo sentido para el autocuidado.

Frente a tales hechos formulamos las siguientes interrogantes: ¿Cuáles serán las prácticas de autocuidado que manifestaran las mujeres pre menopáusicas que son beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca?, ¿Cuál será el nivel de la calidad de vida que tienen las mujeres pre menopáusicas que son beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca?, ¿Las mujeres pre menopáusicas tendrán habilidades de autocuidado para realizar actividades de la vida cotidiana para satisfacer sus necesidades básicas?, ¿Las mujeres pre menopáusicas tendrán la capacidad de autocuidado para afrontar esta etapa según los conocimientos adquiridos?

La respuesta a estas interrogantes nos permitiría hacer aportes para mejorar las prácticas de autocuidado y calidad de vida en mujeres premenopáusicas.

1.1. Formulación del Problema.

¿Existe relación entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015?

2. Justificación.

Las mujeres en etapa de climaterio se han convertido en un problema de salud pública latente y con tendencia a acrecentarse debido al paulatino envejecimiento en la población, en consecuencia la estrategia preventiva en la fase pre menopáusica ayudara a disminuir la alta mortalidad, los elevados costos, el aumento de la mortalidad y la producción de incapacidades.

Este estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista:

Teórico, este proyecto es un aporte a los profesionales de enfermería para que puedan dirigir sus acciones a la atención primaria de salud a través del desarrollo de programas de educación sanitaria en la pre menopausia, mediante la promoción de la salud, en cuyo contenido se incluya el autocuidado y así promover la generación de una nueva conciencia respecto de lo saludable con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres climatéricas.

Por su relevancia social y práctica, ya que servirá de base para promover programas de educación el cual dará paso para establecer las acciones preventivo promocionales que debe realizar el personal de enfermería y la mujer en la etapa menopáusica, lo cual permitirán establecer cambios positivos con respecto a prácticas de autocuidado con un resultado de una buena calidad de vida.

Finalmente este estudio se justifica por los aportes realizados a las líneas de investigación: Salud y desarrollo comunitario desarrolladas por la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, por la oportunidad que posee los investigadores de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

3.2 Objetivos Específicos

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión funcionalidad social en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión estado mental en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión energía y fatiga en las mujeres premenopáusicas

beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión dolor en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión Percepción de la salud en general en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes de la investigación

Yabur (2010), realizó una investigación titulada “Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer venezolana durante la peri menopausia y la posmenopausia- Caracas”, con el objetivo de determinar los cambios que se producen en la mujer venezolana durante la transición a la menopausia y la posmenopausia derivados de la falla gonadal, entre ellos los signos y síntomas que se hacen presentes en esta etapa de su vida. El estudio corresponde a un diseño descriptivo, de corte transversal, correlacional, en la que participaron una muestra de 1.784 mujeres entre 45 y 62 años, el 42.2% eran universitarias graduadas y el 41.3% habían terminado la educación secundaria, utilizando el cuestionario conocido como Escala Cervantes, obteniendo como resultados que durante la transición a la menopausia y durante la posmenopausia el 82.1% presentaron cambios que desmejoraron la calidad de vida de las mujeres, siendo el 0.8% importante y 62.8% leve. La presencia de sintomatología climatérica fue reportada en el 81.2%. 1% severa y 57.7% leve. Esto muestra la existencia de cambios importantes en la calidad de vida de las mujeres peri menopaúsicas y pos menopaúsicas.

Monterrosa, Paternina y Romero (2011) realizaron una tesis titulada “Calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico,

Colombia”, cuyo objetivo fue evaluar mediante la escala Menopause Rating Scale (MRS) la frecuencia y gravedad de los síntomas menopáusicos presentes en un conjunto de mujeres saludables en la edad media de la vida, el estudio fue de tipo transversal, descriptivo con la aplicación de la escala MRS con la que participaron 1.215 mujeres saludables de 40 a 59 años a las cuales se les dividió en pre menopáusicas, peri menopáusicas y postmenopáusicas, los resultados mostraron que las molestias musculares y articulares, oleadas de calor, cansancio físico y mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, pero el síntoma predominante fue diferente en cada estado menopáusica, el cansancio físico y mental predominó en la pre menopausia (58.9%), las molestias musculares y articulares en la peri menopausia (78.9%) y las oleadas de calor en la postmenopausia (83.2%). Se evidenció un deterioro progresivo de la calidad de vida, en todos los ítems evaluados, al pasar del estado de pre menopáusico al posmenopáusico, también se halló deterioro de la calidad de vida con el paso del estado premenopáusico al peri menopáusico en todos los ítems evaluados (con excepción de los problemas vesicales); de la peri menopausia a la posmenopausia se observó el deterioro a expensas de oleadas de calor, problemas sexuales y de vejiga, sequedad vaginal y molestias musculo- articulares, en tanto que los puntajes de molestias cardíacas, trastornos del sueño, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental se redujeron en la postmenopausia, aunque permanecieron por encima de los puntajes de la premenopausia.

López, Soares y Roberto (2011), realizaron una investigación titulada “Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarios de atención primaria de salud, Santiago”, teniendo como objetivo determinar la prevalencia de los síntomas menopáusicos y la posible relación con los hábitos de vida que tienen las mujeres

climáticas, el método empleado fue a través de un diseño observacional de corte transversal con alcance descriptivo y correlacional, la población se identificó a través de un muestreo estratificado, obteniendo como resultado edad promedio de 54.2 ± 6.0 , en relación al estado menopáusico, 66.9% de ellas eran postmenopáusicas y en cuanto a sus hábitos, gran parte de estas mujeres, referían no fumar (64.5%), no practicar ejercicios físicos regularmente (90.2%), no tener ocupación remunerada al momento de la entrevista (56%), dedicarse a actividades domésticas por lo menos una vez a la semana (97.1%) y permitirse horarios para practicar actividades recreativas o de descanso (94.0%), en cuanto a los síntomas climáticos, la mayoría de la mujeres sufren de molestias musculares y articulares (84.5%) y agotamiento físico y mental (80.4%); siendo los síntomas de menor frecuencia los del dominio urogenital, con un porcentaje inferior a 60%, para cada uno de los tres síntomas que componen este dominio, también se evaluó la severidad de la sintomatología climática, en un primer lugar, por síntomas, obteniendo el mayor puntaje las molestias musculares y articulares (1.82) y el menor, la sequedad vaginal (0.84), lo que se considera como un rango de molestias de intensidad leve. se observó que el área psicológica es el más afectado (5.74), definido como molestias de intensidad moderada. Finalmente, la evaluación global reveló un compromiso moderado de la calidad de vida de las mujeres (13.86).

Pinto (2011) realizó una investigación titulada “Ejercicio físico acuático en la mejoría de la calidad de vida de la mujer menopáusica, Granada”, tuvo como objetivo diseñar y aplicar un programa ejercicio físico acuático y conocer si estos mejoran la sintomatología menopáusica, tanto a nivel físico como psicosocial, así como la calidad de vida, el estudio utilizado es de tipo casi- experimental con medidaspretest/posttest y grupo de control, dicho estudio fue comparado en tres

grupos el primero fue grupo experimental 1 (GE 1), sometido a EFA 1 vez a la semana durante 9 meses, grupo experimental 2 (GE 2), sometido a EFA 2 vez a la semana durante 9 meses, grupo control (GC), sometido a un programa de cuidados mínimos basado en charlas informativas, en los resultados obtuvieron que la edad media de las mujeres fue de 62.76 ± 7.78 años, 59.5 % casadas, 64.3% con bajo nivel educacional y 52.4% se ocupaban de trabajos domésticos, mientras que los síntomas menopáusicos más presentes fueron los sofocos (71.4%), nerviosismo (54.76%) e insomnio (45.23%), con respecto a los resultados del programa se identifico que el ejercicio físico acuático produce una disminución de los síntomas menopáusicos respecto a la mujer que solo recibe información sobre la menopausia, mejora también las dimensiones físicas (aspectos físicos, vitalidad, estado general de salud) y las las dimensiones psicosociales (dolor, aspectos sociales, aspectos emocionales, y aspectos mentales) de la calidad de vida relacionada con la salud.

Guerrero (2012) realizó una investigación titulada “Conocimientos y Autocuidado en la menopausia en mujeres de la parroquia Paquisha- Ecuador”, tuvo como objetivo identificar los conocimientos sobre menopausia y prácticas de autocuidado, implementando actividades de promoción para la salud de la mujer en esta fase, el estudio corresponde a un diseño no experimental de carácter cuantitativo, descriptivo de corte transversal, el universo y muestra lo constituyen 93 mujeres, por lo que los resultados de estudio señalan que esta población se encuentra entre 46- 55 años de edad, y las mismas no tienen conocimientos sobre la menopausia, es así que el 69.89 % manifiesta definiciones incorrectas de la misma y un 86.02% del grupo no conoce que alimentos deben consumir durante esta etapa; más de la mitad (51.61%) de las mujeres no señalan que ejercicios o que actividades deben realizar; en cuanto al control médico conocen que deben ir al control cada tres

y seis meses.

Monterrosa, Carriazo y Ulloque (2012) realizaron una investigación titulada “Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el Caribe Colombiano”, con el objetivo de comparar la prevalencia subjetiva de insomnio y del deterioro severo de la calidad de vida en un grupo de mujeres posmenopáusicas que presentan oleadas de calor, con la obtenida en otro grupo con ausencia de las mismas, utilizando un estudio del tipo comparativo correlacional, en 589 mujeres posmenopáusicas, 40-59 años de edad, que hacen parte del estudio Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas (Cavimec), se utilizó instrumentos de Menopause Rating Scale, y la Athens Insomnia Scale, obteniendo un resultado final que el 49.2% (290/589) de las mujeres manifestaron experimentar oleadas de calor y la prevalencia de insomnio para todo el grupo fue del 34.8% (IC 95%: 31.0-38.8%), por otro lado el grupo de mujeres menopáusicas con oleadas de calor la prevalencia de insomnio fue del 45.5% (IC 95%: 37.9-51.4%) mientras en el grupos sin oleadas de calor fue del 24.4% (IC 95%: 19.7-29.7%). Las oleadas de calor aumentan 2.07 veces el riesgo de insomnio. La prevalencia de deterioro severo de la calidad de vida fue del 17.2% (IC 95%: 13.1-22.1%) en las mujeres con oleadas de calor y del 1.7% (IC 95%: 0.5-3.9%) en las mujeres sin oleadas de calor.

Barrientos y Casas (2013) realizaron una investigación titulada “Prácticas de autocuidado en salud y conocimiento que tienen mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo peri menopáusico, Valdivia”, cuyo objetivo de conocer las prácticas de autocuidado en salud y conocimiento que tienen mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo peri menopáusico, el método empleado fue un diseño descriptivo y transversal, en la que participaron 62 mujeres que acudieron al control

de salud de estas fechas, por lo que 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%).

Pedraza (2014) realizó una investigación titulada “Efectividad del programa educativo innovador en el nivel de conocimiento sobre prevención de osteoporosis de las mujeres en el climaterio”, con el objetivo de determinar la efectividad del Programa Educativo Innovador en el nivel de conocimiento sobre la prevención de osteoporosis de las mujeres en climaterio del Programa de Vaso de Leche Micaela Bastidas- Ate Vitarte, el estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental, la muestra está conformada por 37 mujeres de 40 – 60 años, obteniendo como resultados: De 37 (100%) mujeres, antes de la aplicación del Programa Educativo Innovador 33 (89.2 %) tienen un nivel de conocimiento bajo; después de la aplicación del Programa, se puede apreciar, que este porcentaje de las mujeres decrece a 0 (0.0%). Con respecto al nivel de conocimiento medio se presentó en 3 (8.1%) mujeres y que después de la aplicación del Programa Educativo Innovador disminuyó a 2 mujeres (5.4%). Finalmente con respecto a las mujeres que presentaron un nivel de conocimiento alto antes de la intervención solo uno (2.7%) alcanzó este nivel, pero después de la intervención del Programa Educativo Innovador se puede apreciar que este porcentaje aumenta considerablemente a 35 mujeres (94.6%).

Lecca y Pinchirumy (2012) realizaron una investigación titulada “Relación

entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al climaterio -Tarapoto”, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al climaterio, realizaron un estudio utilizando un diseño no experimental de carácter cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, en la que participaron una muestra de 73 mujeres que presentan alguna molestia del climaterio y que comprenden las edades de 35 a 65 años, por lo que dentro de los resultados se reportan que el 65.8% (48), tienen un nivel de conocimiento alto, el 28.8% (21), tienen un nivel de conocimiento medio, el 5.5% (4) tienen un nivel de conocimiento bajo. Las tendencias actitudinales se ubicó en tendencia a actitud favorable en el 97.3% (71), y en actitud desfavorable en un 2.7% (2).

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

2. Marco conceptual

2.1. Prácticas de autocuidado.

Guerrero (2012) afirma que la palabra autocuidado está conformada con dos vocablos: “auto” (del griego αὐτο) que significa "propio" o "por uno mismo" y

“cuidado” (del latín cogitātus) que significa "pensamiento" y que viene de “cuidar” acción que significa “mirar por la propia salud”. Autocuidado sería “el cuidado de uno y por uno mismo”. El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (Tobón, 2010).

Tobón (2010) refiere que entre las prácticas para el autocuidado se encuentra una alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

Bersh (citado por Tobón, 2010) expresa que “Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”.

Tobón (2010) afirma que el autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como

cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

El autocuidado podría considerarse también como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo (Tobón, 2010).

Tobón (2010) menciona que la promoción de la salud, llevada a cabo en Canadá declararon que el fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”

Uribe (citado por Tobón, 2010), menciona también que cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

Con respecto al fomento del autocuidado el profesional de la salud requiere:

- Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.
- Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana y así, el fomento del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud vive con bienestar, está en condiciones de promocionar la salud de los demás. ‘La palabra enseña y el ejemplo arrastra’.
- Evitar que sus intervenciones sean ‘amenazantes’ o ‘coercitivas’ para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del querer. Pearsali señala que al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral: “más vale que el personal de salud animase a la gente a que vivieran unas vidas de un hedonismo controlado, para que fueran capaces de disfrutar plenamente la única vida que podrán vivir, probablemente” (Tobón, 2010).
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos. Sin olvidar, según Shaw, que: “ni por un momento se me ocurriría sugerir que el personal de salud debería tener poder de coerción sobre el paciente, aunque fuera por su bien” (Tobón, 2010).
- Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.

- Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.
- Estudiar mediante investigaciones cualitativas, con una visión antropológica, la ‘textura de la vida cotidiana’ y los imaginarios de la gente, para poder reconocer las lógicas y prácticas de las personas, con respecto al cuidado de la salud. De lo anterior se desprende la necesidad de que el profesional de la salud fomente y participe del diálogo de saberes, el cual le permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y el entendimiento de la racionalidad, el sentido y el significado, para poder articularlo con la lógica científica y solo así, tener una visión más clara de la salud y la enfermedad, que se traduzca en el fomento de comportamientos saludables y en la adopción de los mismos; puede afirmarse que no es solamente a la luz del desarrollo de las ciencias de la salud y la evidencia científica, que se determina la bondad o no de las prácticas de autocuidado (Tobón, 2010).
- Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un ‘regreso’ a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras)
- Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.

- Trascender, como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, al ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.

- Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el ‘profesionalismo’ de muchos y no el profesional de la promoción.

- Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro.

- Puesto que Shaw (citado por Tobón, 2010) menciona que “¡En la medida en que se crece como persona, se propicia el bienestar, se moldean los valores y se prioriza la vida!”.

2.1.1. Principales conceptos del autocuidado.

La teoría general de Orem está integrada por tres teorías: Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAC) y la teoría de los sistemas de enfermería (TSE).

El autocuidado: consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar (Triviño, Sanhueza, & olivia, 2005).

Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan

su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” (Rivera, 2006).

Esta teoría enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, intencionada y calculada, que esta condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuando necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado (Dois, Perez, & Gomez, 2003).

Cabrera argumenta que esta teoría tiene como supuesto principal que “el autocuidado no es innato”, esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia es decir, el entorno que los rodea. Leddy expone que las actividades de autocuidado son afectadas por creencias culturales, hábitos de la familia y comunidad a la que pertenece (Vega & Gonzales, 2011).

El déficit de autocuidado: descrito por Orem se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. Aquí actúan los sistemas de enfermería (Vega & Gonzales, 2011).

Sistemas de enfermería: son las acciones que realiza la enfermera de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los mismos (Vega & Gonzales, 2011).

Orem (1971), relaciona las actividades de autocuidado con los Requisitos de autocuidado (Universales, De desarrollo, desviaciones de la Salud), son aquellos que tienen por objetivo promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez (Rivera, 2006).

2.1.2. Autocuidado Universal.

Llamados también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de las enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: la conservación de ingestión suficiente de aire, agua y alimento. Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar, Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal (Rojas, 2003).

2.1.3. Autocuidado del Desarrollo.

Rojas (2003) afirma que para promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

2.1.4. Autocuidado en relación a la desviación de la salud.

Rojas (2003) afirma que cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado, el

cual tiene como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria. La demanda de autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes.

2.1.5. Principios para el autocuidado.

Tobón presenta los siguientes principios de autocuidado:

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana
- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.
- Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del auto concepto, el autocontrol, autoestima, auto aceptación, y la resiliencia.

Estos conceptos son entendidos como:

2.1.6. Evolución de las prácticas de autocuidado.

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las

personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas (Tobón, 2010).

Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado.

Más tarde en el tiempo, las primeras ideas judeocristianas cambiaron la prioridad de un cuidado integral (físico y emocional), por cuidados centrados en lo espiritual. Se fomentó el ‘desprecio’ por el cuidado corporal, sustentado en el principio de ‘vencer al mundo al demonio y la carne’ (Tobón, 2010).

Ya en el siglo XX, en la década del setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista: “grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por una autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina, predominante en el sistema médico vigente”. Debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico. Así las cosas, la investigación sobre autocuidado ha sido, desde sus orígenes, tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales (Tobón, 2010).

El autocuidado se ha difundido gracias a los grupos de ayuda mutua o autoayuda, que florecieron en esa misma década. Este tipo de grupos han demostrado como el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes, se pueden abordar a través del aprendizaje y del apoyo mutuo, y no sólo mediante los protocolos médicos. Ellos se consideran como una forma eficaz de crear ambientes favorables para la salud. Un ejemplo de estos grupos es el conformado por

Alcohólicos Anónimos (Tobón, 2010).

2.1.7. Factores determinantes del autocuidado.

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

2.1.7.1. Factores internos o personales.

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

a. Los Conocimientos.

Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen (Tobón, 2010).

b. La Voluntad.

Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una ‘clave para la acción’ diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina ‘clave para la acción’ a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ej., una opinión,

un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden ‘disparar’ un cambio, lo cual indica porque no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva (Tobón, 2010)

Entre la gente se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se ve claramente cuando las personas, a pesar de tener conocimientos ‘saludables’, desarrollan comportamientos de riesgo, movidos por los múltiples determinantes de la conducta (Tobón, 2010).

A estos conflictos, el Doctor Gustavo de Roux los denomina “paradojas comportamentales”, que se dan entre los comportamientos esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tiene la gente, y entre los conocimientos de las personas sobre los riesgos y la conducta adoptada frente a ellos; un ejemplo podrían ser las situaciones relacionadas con el ejercicio, frente a la cual la gente en general está bien informada, sin embargo, son muchas las personas sedentarias o las que realizan ejercicio solamente el fin de semana (Tobón, 2010).

En el análisis de los determinantes personales hay que considerar dos aspectos:

c. Las actitudes.

Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante o tolerante (Tobón, 2010).

d. Los hábitos.

Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a

una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición, por ej. El ejercicio rutinario (Tobón, 2010).

2.1.7.2. Factores externos o ambientales.

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

a. Cultural.

Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones.

Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad. “La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables” (Tobón, 2010).

No hay que olvidar que el estilo de vida depende del contexto desde donde se miren las cosas; por lo tanto, para analizar el autocuidado individual en el ámbito privado, hay que recurrir a un relativismo cultural puesto que la cultura es un determinante del estilo de vida; mientras que para observar el autocuidado colectivo,

en el ámbito público, es necesario recurrir al universalismo, es decir, a pensar globalmente para actuar localmente (Tobón, 2010).

b. De género

Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ej., en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean ‘vanidosas’ y a los hombres se les dice lo contrario, como ilustra este refrán popular ‘el hombre es como el oso, entre más feo más hermoso’ (Tobón, 2010).

c. Científico y tecnológico.

Con un sentido ecológico, los descubrimientos en materia de salud y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la propia salud puesto que compartimos un universo en permanente interrelación. Un ejemplo está en la discusión con respecto a los riesgos que implican para la salud humana y la vida de los ecosistemas, los alimentos transgénicos, los cuales obligan a un replanteamiento de las prácticas alimenticias de las personas y colectivos (Tobón, 2010).

d. Físico, económico, político y social.

Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, por ejemplo; en teoría, estos asuntos son competencia de los gobernantes y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a través de la participación social. No son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales (Tobón, 2010).

2.1.8. Fomento del autocuidado.

a. Objetivos.

El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo (Tobón, 2010).

b. Herramientas.

Tobón (2010) afirma que las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social. Ellas ofrecen a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida:

c. Información, educación y comunicación social.

La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud (Tobón, 2010).

Para el fomento del autocuidado, los profesionales de la salud aplican principios de publicidad y psicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas) se proporcionan elementos de

tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo, se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprenden comportamientos por diversas formas. Entre estas teorías, por su utilidad en educación, vale la pena resaltar dos en particular:

Teoría del modelaje (ejemplo a seguir): Donde expone como la persona (o el grupo) aprende de otra que le es significativa, por ej., un ídolo de la televisión, un superior jerárquico o el profesional de la salud, que representan un modelo a seguir.

Teoría de pares (aprendizaje entre iguales): Tobón (2010), plantea que la persona (o grupo) aprende de las experiencias de otras personas en relativa igualdad de condiciones que ella, acerca de prácticas de riesgo o protectoras, según el caso, para vivir. Esta teoría aplica para el autocuidado, al propiciar encuentros entre personas que están viviendo circunstancias similares y han podido manejarlas de manera saludable, lo cual es muy útil sobre todo en adolescentes; por ej., una mujer mastectomizada que sirve de testimonio a otra que fue operada recientemente, un club de personas con diabetes. Esta teoría se emplea en los grupos de autoayuda.

d. Participación Social

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

Tobón (2010) afirma que la “ capacidad que tienen las personas y los colectivos para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa, con el fin de revertir el sentimiento de impotencia, favorecer el sentido de control personal y

desarrollar habilidades de movilización y así, cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud”

Implica acción social, control de situaciones, transformaciones personales y colectivas; cuando es individual, la persona responde a sentimientos de autoeficacia para actuar y, cuando es comunitario, se genera en el colectivo una acción social aumentada, con redes sociales más fuertes, políticas públicas mejoradas, mayor equidad y transformación de condiciones en general. (Tobón, 2010).

Así, las demás herramientas son útiles para apoyar los procesos tanto de autocuidado individual como colectivo.

2.1.9. Dimensiones del autocuidado.

2.1.9.1. En su dimensión biológica.

a. Cambio en el ciclo menstrual: Es producto directo de la disminución de la función ovárica y consecuente producción irregular y decreciente de estrógenos, que produce una inadecuada estimulación del endometrio, manifestándose a través de las irregularidades menstruales (Rojas, 2003).

b. Cambios vasomotores: Producto de la alteración de la función termo reguladora del estrógeno. Son principalmente los bochornos, sudores nocturnos, palpitations. Los bochornos se definen como el aumento de la sensación subjetiva de calor. Se objetiva el alza de temperatura hasta unos minutos después de terminado el bochorno. Fredi Kronenberg refiere “la secuencia de los eventos que caracterizan a los bochornos parece ser el resultado de la perturbación del centro cerebral termorregulador localizado en el hipotálamo, activación de mecanismos y pérdida de calor (vaso dilatación, sudoración y ajustes ambientales) al principio del bochorno, y conservación del calor (vasoconstricción, cambios ambientales y calofrío) en la terminación”. Cuando los niveles de estrógenos disminuyen, las neuronas del

hipotálamo basal media se hipertrofian, e induce a la síntesis de neuroquinina B que a mayor producción activan las neuronas cerebrales causando los bochornos, la presión arterial es normal, la frecuencia cardiaca aumenta. La presencia de los bochornos origina problemas como: impacto negativo en familias, trabajo y relaciones sociales; interrumpen el sueño produciendo insomnio o dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad y cambios de carácter; la sudoración excesiva es embarazosa en diversas circunstancias relacionadas con el trabajo (Rojas, 2003).

c. Cambios urogenitales: Los tejidos del área urogenital, son especialmente más sensibles a esta disminución de estrógenos, produciéndose la atrofia urogenital, cuya fisiopatología implica: atrofia de epitelios vaginal y uretral; flora vaginal alterada (disminución de lactobacilos y aumento de la flora fecal); incremento del pH vaginal; disminución de la cantidad de tejido conectivo periuretral. Los síntomas y signos asociados a este trastorno son:

d. Vaginales: vaginitis atrófica, irritación, flujo, prurito vulvo-vaginal, dolor; sangrado postcoital ; sequedad vaginal, dificultad para lubricar; dispareunia; infecciones recurrentes ; prolapso vaginal . Síntomas que influyen en la disminución de la libido (son múltiples los factores que afectan o disminuyen la libido, como: efecto directo de la deficiencia estrogénica, producción y receptividad disminuida a las feromonas).

e. Urinarios : síndrome uretral ,disuria, nicturia, polaquiuria, urgencia miccional; residuo postmiccional incrementado (mayor del 15%); incontinencia urinaria leve ; infecciones recurrentes de tracto urinario inferior.

2.1.9.2. En su dimensión psicosocial.

a. En lo psicológico

El estrógeno influye en el ánimo, bienestar y calidad de vida de la mujer, ya que: tiene propiedades neuroprotectoras alterando la concentración, disponibilidad y transporte de serotonina en el cerebro, existen receptores estrogénicos en el área límbica del lóbulo frontal, por lo tanto la función límbica (emociones) está influida por los estrógenos. Los cambios motivados por la disminución de estrógeno son responsables de: Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad: todo le molesta y nada la satisface, cambios de ánimo: tendencia a la depresión, trastornos del sueño, que interrumpen su descanso, incrementando más su irritabilidad. Alteraciones de la función cognoscitiva: aunque este efecto no está claro, algunos estudios indican que la administración de estrógenos produce mejoras a nivel de: memoria, capacidad de concentración. La libido: la menopausia puede significar un periodo crítico devastador e inevitable, en cambio para otras se observa como una iniciación para alcanzar la felicidad, libre de embarazos y de menstruaciones inconvenientes y molestas. Lo que influye son factores no hormonales tales como el factor psicosocial, la potencia sexual de la pareja, la satisfacción sexual pre menopausia, factores culturales, enfermedades crónicas. Los cambios en el estado de ánimo influyen de manera notable en el comportamiento sexual (Rojas, 2003).

b. En lo social

Rojas (2003) afirma que la etapa del climaterio es un punto crítico en la vida de toda mujer y, si se considera optimistamente puede ser gratificante y reveladora. Desafortunadamente la sociedad, que es más economicista y pone énfasis en la juventud, la belleza o el sexo, pinta a la menopausia como algo terrible, se la considera de un modo despreciativo. La auténtica verdad es que puede ser una época

de nuevas oportunidades y representa en potencia los mejores años de vida de la mujer. Es esencial mantener una perspectiva positiva y descartar los mitos preconceptos y estereotipos perpetuados por la sociedad que conlleva a la mujer a presentar disminución en su autoestima, depresión, afectando sus relaciones interpersonales

2.2. Calidad de vida.

Para Schalock (2003) la calidad de vida se define como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a su vida en el hogar y en la comunidad, en el trabajo (o escuela en el caso de los niños), y de salud y bienestar. Como tal, la calidad de vida es un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo las características personales, condiciones objetivas de vida, y las percepciones de los otros significativos. Así el aspecto central del estudio de la calidad de vida percibida de una persona incluye la relación entre fenómenos objetivos y subjetivos.

Los factores más comunes que constituyen la concepción y medida de la calidad de vida incluyen:

- Vida en el hogar y en la comunidad.
- Empleo (incluyendo nivel económico)
- Propiedades
- Integración social (familia, amigos, apoyos naturales).
- Estado de salud y seguridad
- Control personal
- Posibilidad de elección (incluyendo la oportunidad de tomar decisiones).

Una de las definiciones más ampliamente consideradas es la que fija el grupo

de estudios de calidad de vida, de la organización mundial de la salud (OMS), que define calidad de vida como “la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Esta definición pone el acento en la idea de calidad de vida individual, que proviene de la valoración que hacen los individuos sobre su entorno de vida; en el enfoque dicotómico subjetivo-objetivo, por cuanto son los individuos los que se pronuncian sobre los aspectos normativos y en relación con sus experiencias y expectativas; y en la influencia de diversos factores o dominios que se han de considerar. A esta definición se puede añadir el hecho de que la calidad de vida es dinámica y temporal (Rojo & Fernández, 2011).

La calidad de vida es una evaluación de la experiencia de su propia vida hacen las personas, y, por lo tanto, la calidad de vida nos habla de la percepción subjetiva que tienen las personas de su vida (situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, urbana, laboral, etc.), y, en segundo lugar, entendemos la calidad de vida como bienestar, felicidad y satisfacción de las personas, grupos y comunidades que les da capacidad de actuación, funcionamiento y sensación positiva con su vida, tanto en relación con la calidad de las condiciones de vida (objetiva), como referida a la satisfacción personal (subjetiva) y/o social con dichas condiciones, refiriéndonos a los valores personales y/o sociales (Fernández, Vidal, Castrechini, Hidalgo, Palavecinos, Herranz, et al, 2008).

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) también define la calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Para Verdugo y Rodríguez (2011) define a la Calidad de vida como un

concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una”. Este concepto queda definido en 8 dimensiones. Cada una de ellas viene definida por una serie de indicadores.

Los indicadores son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que nos van a permitir evaluar la satisfacción con una determinada área de la vida de la cuidadora primaria o cuidador, hermano o hermana, persona con discapacidad o cualquier otro miembro de la familia.

a. Dimensiones: Bienestar Emocional

Indicadores: Estabilidad mental: Ausencia de estrés, sentimientos Negativos; Satisfacción, Auto concepto.

El bienestar emocional representa la habilidad de controlar las emociones, es decir, sentirse cómodo al expresarla y de realizarlo en forma apropiada. Las características emocionales que propician el crecimiento y desarrollo adecuado en la vida emocional del ser humano incluyen la capacidad para controlar efectivamente el estrés negativo, el ser flexible y el compromiso para resolver conflictos. La gente que consistentemente tratan de mejorar su bienestar emocional tiende a disfrutar mejor la vida.

b. Dimensiones: Relaciones Interpersonales

Indicadores: Relaciones sociales, Relaciones familiares, Relaciones de pareja, Tener amigos y amigas estables y claramente identificados, Tener contactos sociales positivos y gratificantes.

c. Dimensiones: Bienestar Material

Indicadores: Condiciones de la vivienda, condiciones del lugar de trabajo, condiciones del servicio al que acude, Empleo, Ingresos, Salario, Posesiones.

d. Dimensiones: Desarrollo Personal

Indicadores: Educación; Oportunidades de aprendizaje; Habilidades relacionadas con el trabajo; Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa); Actividades de la vida diaria.

e. Dimensiones: Bienestar Físico

Indicadores: Atención sanitaria; Sueño; Consecuencias de la salud (dolores, medicación); Salud general; Movilidad; Acceso a ayudas técnicas.

El bienestar físico se refiere al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, cuidado/agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación. La persona tiene la sensación (subjetiva) de que ninguno de sus órganos o funciones se encuentran menoscabadas. Se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud física. En muchas situaciones, la dimensión física puede ser la más importante. En la mayoría de los programas de bienestar y aptitud física (establecidos o para ser mercadeados) el enfoque o base es el bienestar físico como el instrumento principal diseñado para operar el organismo humano.

f. Dimensiones: Autodeterminación

Indicadores: Autonomía; Metas y preferencias personales; Decisiones; Elecciones.

g. Dimensiones: Inclusión Social

Indicadores: Participación; Integración; Apoyos

h. Dimensiones: Derechos

Indicadores: Conocimiento de derechos; Defensa de derechos; Ejerce derechos; Intimidad y respeto.

La calidad de vida es definida como un estado deseado de bienestar personal que: (a)

es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas universales y étnicas ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales (Schalock & Verdugo, 2007).

Tabla 1

Dimensiones de calidad de vida y ejemplos de apoyos individualizados.

Dimensión	Ejemplos de apoyos individualizados
Desarrollo personal	Entrenamiento en habilidades funcionales, tecnología asistida, sistemas de comunicación.
Autodeterminación	Elecciones, control personal, decisiones, metas personales.
Relaciones interpersonales	Fomento de amistades, protección de la intimidad, apoyo a las familias y relaciones/interacciones comunitarias.
Inclusión social	Roles comunitarios, actividades comunitarias, voluntariado, apoyos sociales.
Derechos	Privacidad, procesos adecuados, responsabilidad cívica, respeto y dignidad.
Bienestar emocional	Aumento de la seguridad, ambientes estables, feedback positivo, previsibilidad, mecanismos de auto identificación (espejos, etiquetas con el nombre).
Bienestar físico	Atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición
Bienestar material	Propiedad, posesiones, empleo

Fuente: Revista del concepto de calidad de vida en los servicios de apoyos para personas con discapacidad intelectual 2007.

La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que no sólo

tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico o el estado de salud, sino que también depende de cuestiones tan subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social, y medio ambiental que cambia con cada persona, grupo o país. Se trata, pues, de un concepto demasiado abstracto e impreciso, sin un consenso previo sobre su significado y, por tanto sin una base suficiente para construir una teoría o un modelo de medición (Sánchez, et al, 2008).

2.3. Dimensiones de la calidad de vida.

2.3.1. Funcionalidad física.

Similar al concepto de capacidad funcional, resulta la dimensión más cercana a las medidas clínicas tradicionalmente usadas en medicina. Se refiere a la energía, fuerza y capacidad para llevar una actividad normal. La función física contempla fundamentalmente dos dominios: la capacidad para las actividades de la vida diaria, como las restricciones del movimiento corporal (andar, inclinarse y subir/bajar escaleras), las limitaciones en la movilidad (permanencia en cama) o la interferencia con las actividades de autocuidado (bañarse, vestirse, o comer); y la capacidad para el esfuerzo, la energía o la actividad positiva, que se refiere a la ejecución de actividades vigorosas o a la realización de esfuerzos sin manifestar excesiva fatiga y se utiliza cada vez más en la evaluación de la calidad de vida (Sánchez, y otros, 2008).

2.3.2. Funcionalidad social.

Para Sánchez, et al (2008) define a la funcionalidad social como a la capacidad para llevar a cabo las interacciones personales que forman el núcleo de la vida social y que están tradicionalmente estructuradas en forma jerárquica: familia

, amigos, compañeros y comunidad. Constituyen un parámetro muy estimado en la evaluación de la calidad de vida al proporcionar un importante apoyo psicosocial al individuo y al influir sobre el restablecimiento de la enfermedad y la supervivencia. Las limitaciones en los roles habituales son evaluadas en relación con la actividad más importante de la persona, incluyendo el trabajo y las tareas domésticas.

2.3.3. Limitaciones del rol atribuido a problemas físicos.

Para Sánchez, et al (2008) esta dimensión del estilo de vida reúne las características de orden fisiológico derivadas de la enfermedad y/o del tratamiento. En general se consideran los síntomas o las molestias referidas por el paciente, las sensaciones displacenteras que pueden disminuir la calidad de vida de un individuo, como dolor, náuseas y disnea. Resulta el dominio de carácter más objetivo y estas sensaciones suelen ser fundamentales en los instrumentos de calidad de vida.

2.3.4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.

Según Charlotte Bühler un problema emocional “es una interrupción, una detención que tiene un individuo o un grupo en su evolución o desarrollo “por otra parte la Lic. Moraima Núñez Lara define los problemas emocionales como: “Cuadros clínicos que se instalan en la vida emocional de un individuo y que pueden interrumpir, congelar, distorsionar y/o desconectar cualquiera, algunas o muchas y en los casos más graves todas las expresiones comportamentales de su desenvolvimiento personal, familiar, laboral, social y/o vital”. Al revisar con detenimiento esta definición podemos observar que la manifestación de los problemas emocionales varían de un individuo a otro de acuerdo a sus características individuales, a su historia personal, tomando en cuenta los factores genéticos y ambientales así como también la intensidad y magnitud de la situación(es),

indicadores estos que le permitirán a los especialistas (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos) definir el grado del problema.

El Dr. Bower señala que existen problemas emocionales de diferentes grados, así tenemos los leves o transitorios que son aquellos que presentan conductas atípicas circunstanciales y/o reactivas producto de un conflicto que está enfrentando en ese momento (reciente separación de los padres, muerte o enfermedad de un familiar etc.) esta situación puede durar algunos días, semanas o hasta 3-4 meses notando en la conducta mejoras en forma progresiva. También tenemos problemas emocionales en donde la atipicidad de las conductas permanece, interrumpiendo, congelando sus diferentes actividades diarias, deteriorando las relaciones interpersonales (Sánchez, et al, 2008).

2.3.5. Estado mental.

Se refiere a indicadores cognitivos y afectivos. Para los últimos se emplean los dominios del bienestar subjetivo como: felicidad, satisfacción con la vida y afecto positivo, mientras que los indicadores cognitivos se dirigen a aspectos relacionados con el pensamiento, la atención, la confusión o el deterioro para pensar y concentrarse, ambos componentes, afectivo y cognitivo, participan en los juicios que se hacen sobre la propia calidad de vida y se hallan significativamente influidos por el proceso de la enfermedad y el tratamiento (Sánchez, et al, 2008).

2.3.6. Energía y fatiga.

La fatiga, como concepto, resulta muy difícil de definir ya que cada persona tiene su propia idea de lo que significa estar cansado. ¿Quién no se ha sentido cansado alguna vez? El concepto fatiga está referido a aquellas situaciones concebidas en el ámbito fisiológico como muy dispares. Por ejemplo se puede hablar de fatiga cuando nos referimos a un corredor de velocidad que no puede mantener un

determinado ritmo de carrera; cuando un ciclista de carretera abandona el Tour; o cuando, después de varias sesiones de entrenamiento el deportista no puede mantener una intensidad de trabajo. Puede tratarse de la fatiga respecto a un grupo concreto y localizado de músculos, o bien a una situación de cansancio generalizada (Rodríguez & Nuñez, 2010).

La fatiga se define como un conjunto de cambios que experimenta nuestro organismo cuando se encuentra sometido a condiciones extremas de sobreentrenamiento; o bien cuando no estamos habituados a un tipo de trabajo con una intensidad concreta e intentamos superar nuestro propio límite de esfuerzo.

La fatiga puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o la falta de sueño. Sin embargo, también puede ser un signo no específico de un trastorno psicológico o fisiológico grave. La fatiga puede aparecer como síntoma aislado o acompañando a otros síntomas en una amplia gama de problemas de salud y enfermedades. La fatiga puede convertirse en un asunto crítico en la vida de una persona. Puede afectar a la forma en que la persona se siente en relación a si misma, en relación a sus actividades diarias y su relación con otras personas. Las personas afectadas podrían faltar al trabajo, retirarse de sus amistades, requerir de más horas para dormir y en algunos casos podrían verse imposibilitados de llevar a cabo cualquier actividad física debido a la fatiga. La fatiga puede ser aguda o crónica. La fatiga aguda es el cansancio normal con síntomas ocasionales que se presentan de repente y duran poco tiempo. En un individuo saludable, el descanso generalmente alivia la fatiga, y le permite a la persona regresar a sus actividades normales. La fatiga crónica es de carácter duradero. El síndrome de fatiga crónica presenta un debilitamiento prolongado que podría ser persistente o recurrente (Rodríguez & Nuñez, 2010).

2.3.7. Dolor.

Durante la menopausia, los ovarios de una mujer dejan de producir óvulos y producen menos estrógeno y progesterona. Los cambios en estas hormonas causan dolor y síntomas de menopausia. Los períodos se presentan con menos frecuencia y finalmente cesan. Algunas veces, esto sucede de repente, pero casi siempre los períodos cesan lentamente con el tiempo.

La menopausia se completa cuando usted no ha tenido el período por un año, a lo cual se le denomina posmenopausia. Las mujeres que están posmenopáusicas ya no pueden quedar en embarazo.

La menopausia quirúrgica sucede cuando los tratamientos médicos ocasionan una baja de estrógenos. Esto puede suceder cuando los ovarios se extirpan o si usted recibe quimioterapia o terapia hormonal para cáncer de seno (Rodríguez & Nuñez, 2010).

2.3.8. Percepción de la salud en general.

Para Sánchez, et al (2008) la percepción de la salud están basadas fundamentalmente en autopercepciones generales de salud, incluyen las evaluaciones que el individuo hace de los efectos que tiene su salud sobre otros aspectos de la vida. Por otra parte, la salud percibida también puede ser un indicador de los cuidados médicos y usarse como predictor de la mortalidad, en esta dimensión se incluye también la satisfacción con la salud derivada de las actividades, las relaciones y los estados de ánimo respecto a los profesionales, al tratamiento prescrito y a la aceptación de su enfermedad.

3. Marco bíblico filosófico

Los hombres y las mujeres debieran familiarizarse con la filosofía de la salud. Las mentes de los seres racionales parecerían estar en tinieblas con respecto a sus

propias estructuras físicas y cómo conservarlas en una condición saludable. La generación actual le ha confiado sus cuerpos a los médicos y sus almas a los ministros (White, 2007).

White (2007) refiere que: Nuestra felicidad está tan íntimamente relacionada con la salud, que no podemos gozar de aquélla sin que esta última sea buena. Para que podamos glorificar a Dios en nuestros cuerpos, necesitamos tener un conocimiento práctico de la ciencia de la vida humana. Por eso, es de primordial importancia que la fisiología ocupe el primer lugar entre los estudios que se eligen para los niños. ¡Cuán pocas personas poseen un conocimiento adecuado acerca de las estructuras y las funciones de sus propios cuerpos y de las leyes naturales que los gobiernan! Muchos andan a la deriva sin ningún conocimiento, como un barco en alta mar sin brújula ni ancla; y lo que es peor, ni siquiera demuestran el menor interés en prevenir las enfermedades ni en cómo conservar sus cuerpos en una condición saludable.

Al respecto la profetiza White (2007) menciona que los malos hábitos en el comer y el beber destruyen la salud y con ello, la dulzura de la vida. ¡Oh, cuántas veces una buena comida, como se la denomina, se ha consumido en detrimento del sueño y el descanso! Miles, por satisfacer un apetito pervertido, han contraído fiebres u otras enfermedades graves que les han acarreado la muerte. Esos deleites fueron adquiridos a un costo demasiado elevado. El cuerpo necesita ingerir alimento en cantidad suficiente. El Dios que concede el sueño a sus amados, también los ha provisto con alimentos apropiados para mantener el organismo saludable.

No obstante el ejemplo que Cristo nos dio en el desierto de la tentación al negarse a complacer el apetito y al vencer su poder, puesto que se debe enseñar a la gente que más vale prevenir que curar (White, 2007).

White (2007) menciona que: El ambiente físico de las ciudades es muchas veces un peligro para la salud. La exposición constante al contagio, el aire viciado, el agua impura, el alimento adulterado, las viviendas oscuras, malsanas y atestadas de seres humanos, son algunos de los muchos males con que se tropieza a cada paso.. Al principio Dios puso a nuestros primeros padres entre las bellezas naturales en medio de las cuales quisiera que nos deleitásemos hoy. Cuanto mejor armonicemos con el plan original de Dios, más fácil nos sería asegurar la salud del cuerpo, de la mente y del alma.

Con respecto a la familia y la forma de vivir es que, ni una familia en cien se beneficiará física, mental o espiritualmente por residir en la ciudad. La fe, la esperanza, el amor y la felicidad se adquieren con facilidad mucho mayor en los lugares retraídos, donde hay campos, colinas y árboles (White 2007).

White (2007) al respecto señala que: Con frecuencia le parece a la madre que su trabajo es un servicio sin importancia, una obra que rara vez se aprecia; y que los demás saben muy poco de sus muchas cuitas y ocupaciones. Si bien sus días están ocupados con una larga lista de pequeños deberes, todos los cuales exigen esfuerzos pacientes, dominio propio, tacto, sabiduría y amor abnegado, ella no puede jactarse de haber realizado algo grande. Tan sólo ha logrado que las cosas del hogar marchen suavemente. A menudo cansada y perpleja, ha procurado hablar bondadosamente a los niños, mantenerlos ocupados y felices, guiando sus piecitos en la buena senda. Los ángeles celestiales observan a la madre agobiada, y toman nota de la carga que lleva día tras día. Tal vez su nombre no haya sido oído en el mundo, pero está escrito en el libro de la vida del Cordero.

Al respecto White (2007) menciona que: La salud de la madre debe apreciarse, hay que velar con cariño por las fuerzas de la madre. En vez de permitir

que las malgaste en tareas agotadoras, hay que reducir sus cuidados y cargas. Muchas veces el esposo y padre desconoce las leyes físicas que el bienestar de su familia exige que conozca. Absorto en la lucha por la vida, o empeñado en labrarse una fortuna y acosado por cuidados y apuros, permite que caigan sobre la esposa y madre cargas que agotan sus fuerzas en el período más crítico de su vida y le causan debilidad y enfermedad. Concuera con su propio interés y el de su familia que se ahorre todo recargo innecesario de trabajo y que emplee todos los medios de que dispone para conservar la vida, la salud y las energías que Dios le dio. Porque necesitará para su gran obra el vigor de todas sus facultades. Debiera pasar una parte de su tiempo al aire libre, haciendo ejercicio físico, a fin de quedar vigorizada para hacer su trabajo dentro de la casa con buen ánimo y esmero, siendo la luz y la bendición del hogar. La madre necesita ejercer el más perfecto dominio propio; y para conseguirlo debe tomar toda precaución posible contra cualquier disturbio físico o mental.

Finalmente White (2007) indica que la salud puede obtenerse por medio de hábitos de vida adecuados y se la puede hacer producir grandes dividendos. Pero este capital, más precioso que aquel depósito bancario, puede sacrificarse debido a la intemperancia en el comer y el beber, o al permitir que la inacción enmohezca los órganos. Hay que abandonar las complacencias favoritas, y hay que vencer la pereza.

4. Modelo teórico

Dorothea Orem, enfermera creadora de esta teoría, la presentó por primera vez en la década de los cincuenta y se publicó en 1972. La define como déficit de autocuidado, compuesta por tres teorías relacionadas.

Vega & Gonzales (2011) menciona que en la teoría de Orem en el año 1996 dice textualmente que la persona es un todo integral dinámico que funciona

biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Señala también que la persona es la unidad que posee las capacidades, las actitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano. El entorno representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos (Vega & Gonzales, 2011).

Rivera (2006), señala que Orem define dentro de su teoría que el objetivo de enfermería es: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

De la teoría de autocuidado destacada por Orem, el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.), y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. Dichas acciones están orientadas hacia el

fortalecimiento de la capacidad de auto cuidarse o de realizar el autocuidado terapéutico (Orem, 1993).

5. Definición de términos.

Climaterio: Periodo de la vida de la mujer que transcurre entre los 45 y 65 años, se manifiesta un poco antes de la última menstruación y continua varios años después (Gonzales & Lillo, 2010).

Es una etapa que precede inmediatamente a la menopausia, cuando inician los síntomas endocrinos, biológicos y clínicos precursores de ésta y el primer año siguiente de la misma. Se clasifica en tres etapas: transición menopáusica o pre menopáusica, período menstrual final o menopausia y peri menopausia (Silva, Perez, Medina, & Morala, 2001).

Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas

Conjunto de acciones o actividades intencionadas o actividades intencionadas que realiza la mujer pre menopáusica (35 a 45 años) para disminuir los cambios derivados de la pre menopausia en su dimensión biológica y psicosocial, cuya variable adopto el valor final de prácticas saludables si refirieron cumplir igual o más del 50% de actividades consideradas en la dimensión biológica y/o psicosocial, los resultados se recogieron a través de la aplicación de la técnica de entrevista mediante un formulario en sus domicilios por la tarde y en una sola vez (Rojas, 2003).

Prácticas de autocuidado: Conjunto de acciones o actividades intencionadas que refiere realizar la mujer pre menopáusica para disminuir los riesgos y molestias derivados de los cambios en la dimensión biológica y psicológica (Rojas, 2003).

Mujer premenopáusica: Es la mujer que atraviesa una etapa de su vida entre los 35 y 45 años. Como edad promedio, previa a la menopausia (Rojas, 2003).

Pre menopausia: De inicio poco sintomático, comprende los años anteriores

y próximos a la menopausia (35-45 años) también se le denomina climaterio temprano, se caracteriza por la aparición de irregularidades del ciclo menstrual y trastornos vasomotores (Rojas, 2003).

Menopausia: Interrupción de la fase ovárica o menstruación. Es el cambio en la magnitud de la producción de las hormonas tróficas de la hipófisis y las ováricas, cuyo resultado final es la pérdida de la capacidad para reproducirse.

Constituye una etapa en la vida de la mujer en la que predominan los cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales poniendo a prueba su capacidad para hacer los ajustes psicológicos y sociales necesarios para mantener un equilibrio emocional y continuar con su desarrollo (Silva & Reyes).

Postmenopausia: También recibe el nombre de climaterio tardío, se inicia después de establecida la menopausia y termina al comienzo de la senectud (56 a 65 años), se caracteriza por menorrea mayor de un año. El hipoestrogenismo trae, a largo plazo, consecuencias como sequedad, adelgazamiento de la piel y mucosas, mayor probabilidad de inflamaciones e infecciones, dispareunia, incontinencia urinaria, entre otros. La vista y el oído también sufrirán alteraciones, las hiperlipidemias y los trastornos cardiovasculares e hipertensivos pueden llegar a ser la primera causa de muerte. La osteopenia y la osteoporosis también son de trascendencia, la obesidad contribuye a la enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión y dislipidemias. Sin dejar de mencionar que en esta etapa se acentúan entidades médicas propias de la tercera edad, tales como la diabetes, la involución senil, el síndrome de alzheimer, el cáncer (Rojas, 2003).

Peri menopausia: Es el periodo que comprende unos cuantos años antes y después de la menopausia (46 a 55 años), se caracteriza por presentar los mayores síntomas climatéricos. La menopausia es el cese definitivo del ciclo menstrual en la

vida de una mujer (aprox. A los 50 años), está determinada por la ausencia de menstruaciones por un período de un año. La menopausia es para el climaterio lo que la menarquía es para la adolescencia (Rojas, 2003).

Calidad de vida: Se define como el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud (Gutierrez, 2010).

Función física.

Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

Rol físico.

Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

Dolor corporal.

Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

Salud general.

Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Vitalidad.

Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Función social.

Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

Rol emocional.

Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

Salud mental.

Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Capítulo III

Materiales y Métodos

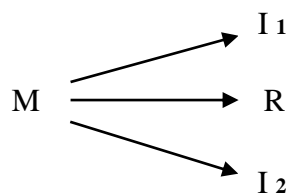
1. Método de la investigación.

Para Hernandez, Fernandez y Baptista (2010), el presente estudio corresponde al tipo de investigación correlacional, describiendo las variables prácticas de autocuidado y calidad de vida, para luego relacionar dichas variables.

Según Valderrama (2009) esta investigación es correlacional ya que permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado, que tiene como objetivo identificar, clasificar, relacionar y delimitar las variables que operan en una situación determinada, cuyo propósito fundamental de las variables consiste en determinar la relación que existe entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Según Hernández et al. (2010) el diseño de la investigación es no experimental, transeccional o transversal; ya que no existe manipulación activa de alguna variable y se busca establecer la relación de variables medidas en una muestra en un único momento del tiempo.

Charaja (2004), plantea el siguiente bosquejo para los trabajos correlacionales



Donde

M = Muestras de estudio.

I 1 = Información de una de las variables.

I 2 = Información de la otra variable.

R = Tipo y grado de relación existente.

2. Hipótesis de la investigación.

2.1 Hipótesis general.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y calidad de vida en las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca.

2.2 Hipótesis específicas.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión funcionalidad social en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión estado mental en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión energía y fatiga en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión dolor en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

Existe relación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión Percepción de la salud en general en las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca 2015.

3. Variables de la investigación.

3.1 Identificación de las variables.

3.1.1 Variable

Variable 1

Prácticas de autocuidado

Variable 2

Calidad de vida

3.1.2 Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDA DO	Conjunto de acciones o actividades intencionadas que realiza la mujer pre menopáusicas (35 a 45 años) para disminuir los cambios derivados de la pre menopáusicas en su dimensión biológica y psicosocial.	Son las acciones intencionadas que favorecen a las prácticas de autocuidado en la dimensión biológica y psicosocial.	<ul style="list-style-type: none"> Prácticas de autocuidado en la dimensión Biológica. Prácticas de autocuidado en la dimensión Psicosocial. 	<ul style="list-style-type: none"> Nutrición. Actividad física. Exámen medico periódico. Autoestima. Estado de ánimo. Función cognoscitiva. Relaciones interpersonales. Círculo social. Atención psicológica. 	<p>Puntuación positiva</p> <p>Siempre (5) Casi siempre (4) Regular (3) Casi nunca (2) Nunca (1)</p> <p>Puntuación negativa</p> <p>Siempre (1) Casi siempre (2) Regular (3) Casi nunca (4) Nunca (5)</p>

CALIDAD DE VIDA	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, y en sus 8 dimensiones correspondientes.	Es el contexto en el que vive el sujeto que está influido de modo complejo por la Funcionalidad Física (FF), Funcionalidad Social (FS), Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF), Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (LRPE), Estado mental (EM), Energía y Fatiga	1. Funcionalidad Física (FF).	Física	• Ítem 3,4,5,6,7,8,9,10,11, 12	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
		2. Funcionalidad Social (FS).	Social	• Ítems 20,32	1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Solo alguna vez 6. Nunca	
		3. Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF).		• Ítems 13, 14, 15, 16	1. Sí. 2. No.	
		4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (LRPE).		• Ítems 17, 18, 19.	1. Sí. 2. No.	
		5. Estado mental (EM)		• Ítems 24,25,26,28,30	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca	

(EF), Dolor,
Percepción de la
salud en general
(PSG).

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. Nunca

6. Energía y Fatiga (EF).

- Ítems 23,27,29,31

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

7. Dolor.

- Ítems 21,22

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez

1. No, Ninguno.
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

1. Nada
 2. Un Poco
 3. Regular
-

		4. Bastante
		5. Mucho
	• Ítems 33, 34, 35,	1. Totalmente cierta.
	36,1	2. Bastante cierta
8. Percepción de la salud		3. No lo sé
en general (PSG).		4. Bastante falsa
		5. Totalmente falsa
		1. Excelente
		2. Muy buena
		3. Buena
		4. Regular
		5. Mala

4. Delimitación geográfica y temporal

4.1. Delimitación Geográfica.

La Municipalidad Provincial de San Román cuenta con el Programa Vaso de Leche que brinda alimentos gratuitos tales como avena integral y leche anualmente a los niños que carecen de bajos recursos económicos, a través de sus madres las cuales se encuentran debidamente empadronadas de acuerdo a la urbanización en la que viven, puesto que cada año ratifican su permanencia en este programa, al cual ingresan constantemente nuevas asociadas, y se retiran las mujeres cuyos hijos ya no están dentro de los parámetros establecidos por el Programa Vaso de Leche, dicho programa se encuentra ubicado dentro de la municipalidad provincial de San Román, siendo uno de los programas con mayor demanda; la cual se encuentra ubicada en el pasaje la cultural S/N en las coordenadas 15°29'27"S 70°07'59"O San Román es una de las 13 provincias que conforman la región Puno, en Perú. Esta provincia se encuentra en el lado Nor Oeste del Lago Titicaca y ocupa el 3,2% de la superficie territorial del Departamento de Puno o Región Puno. Limita al norte con la provincia de Azángaro y la provincia de Lampa, al este con la provincia de Huancané, al sur con la provincia de Puno, y al oeste con la Región Arequipa y la Región Moquegua.

4.2. Delimitación Temporal.

El presente estudio se realizó durante el mes de febrero - mayo del año 2015.

5. Población y muestra

5.1. Población.

La población estuvo conformada por las mujeres premenopáusicas de 35 a 45 años beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca.

5.2. Muestra.

Para alcanzar los objetivos del estudio, se utilizó un diseño de muestreo no

probabilístico de tipo intencional, ya que de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos para el presente estudio todas las mujeres tienen la misma probabilidad de ser elegidos o pertenecer a la muestra, la que son 101 mujeres pre menopáusicas.

5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión

- Mujeres que se encuentran entre las edades de 35 a 45 años.
- Mujeres que aceptan intervenir en el estudio.
- Mujeres no embarazadas, que no estén en el periodo de post parto con lactancia materna exclusiva.
- Mujeres que puedan responder adecuadamente y que no tengan trastornos del pensamiento o sordomudez.

Los criterios de exclusión

- Mujeres que no se encuentran entre las edades de 35 a 45 años.
- Mujeres que no aceptan intervenir en el estudio.
- Mujeres embarazadas, en periodo post parto con lactancia materna exclusiva.
- Que presenten alguna discapacidad que no les permitan responder adecuadamente como los trastornos del pensamiento o sordomudez.

6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

6.1 Técnica.

Según Valderrama y León (2009), se utilizó la técnica de la encuesta, el cual se obtendrá de fuentes primarias, es decir de forma directa con las mujeres en estudio.

6.2. Instrumento.

Según Valderrama y León (2009), el instrumento que se utilizó es el

cuestionario aplicando los siguientes cuestionarios de Prácticas de autocuidado y calidad de vida SF- 36.

6.2.1. Prácticas de autocuidado.

El instrumento consta de las siguientes partes: I, Presentación; II, Instrucciones, acerca de cómo llenar el formulario; III, Datos generales; IV, Datos específicos, acerca de las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas en su dimensión biológica y psicosocial, finalmente el agradecimiento a la persona entrevistada, en un tiempo de 15 minutos por persona.

En la estructura del formulario está incluida preguntas cerradas con cinco posibles respuestas.

Rojas (2003) obtuvo la validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos, además se realizó la prueba piloto en un total de 12 mujeres, a cuyos resultados de aplico la fórmula r de Pearson para determinar la validez interna de cada uno de los ítems; obteniéndose:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n X_i Y_i - \frac{(\sum_{i=1}^n X_i)(\sum_{i=1}^n Y_i)}{n}}{\sqrt{\sum_{i=1}^n X_i^2 - \frac{(\sum_{i=1}^n X_i)^2}{n}} \sqrt{\sum_{i=1}^n Y_i^2 - \frac{(\sum_{i=1}^n Y_i)^2}{n}}}$$

Tabla 2

Validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos

Item	Pearson	Item	Pearson	Item	Pearson	Item	Pearson
1	0.35	12	-0.13	23	0.49	34	0.46
2	0.35	13	-0.44	24	0.28	35	0.59
3	0.51	14	0.14	25	0.34	36	0.73
4	0.39	15	-0.13	26	0.37	37	0.31
5	0.35	16	0.26	27	0.29	38	0.26
6	-0.11	17	0.36	28	0.54	39	0.23
7	0.41	18	0.61	29	-0.18	40	0.30
8	0.27	19	0.53	30	0.34	41	0.28
9	0.31	20	0.30	31	0.68	42	0.73
10	0.22	21	0.56	32	0.37	43	0.66
11	0.46	22	0.51	33	0.84	44	0.39

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido.

Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de r de Pearson fue válido en 38 de los ítems, eliminándose 6 de los ítems.

La determinación de la confiabilidad del instrumento fue obtenida a través de los resultados obtenidos de la prueba piloto mediante la prueba estadística de alfa de cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s_t^2} \right]$$

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

$$\alpha = 0.83$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable (Rojas, 2003).

El formulario está en función de la escala ordinal que está constituido por 38 preguntas de las cuales para la dimensión biológica hay 20 que representan el 50% y

para la dimensión Psicosocial hay 18 preguntas el 50% constituyéndose en el total el 100% (Rojas , 2003).

a) Puntuación positiva: 32 preguntas.

b) Puntuación negativa: 6 preguntas.

Las puntuaciones fueron de esta manera:

Puntuación Positiva		Puntuación Negativa	
Siempre	(5)	Siempre	(1)
Casi siempre	(4)	Casi siempre	(2)
Regular	(3)	Regular	(3)
Casi nunca	(2)	Casi nunca	(4)
Nunca	(1)	Nunca	(5)

Donde el puntaje mínimo es $38 \times 1 = 38$.

Donde el puntaje máximo es $38 \times 5 = 190$.

Luego en una escala nominal, se estableció 2 grados de acuerdo al puntaje obtenido a través del promedio.

Prácticas saludables de autocuidado : 81- 190.

Prácticas no saludables de autocuidado: 38- 80.

6.2.2. Cuestionario de calidad de vida SF-36.

El nombre del instrumento es Cuestionario de Salud SF- 36, anteriormente tuvo el nombre original de The Short Form- 36 Health Survey, realizándose por primera vez en 1992 (E;E;U;U), las versiones que tuvieron fuerón:

La versión más reciente SF- 36 2.0 (Su objetivo es mejorar las características métricas de las dos escalas de Rol Emocional y Rol Físico y además, mejora la estimulación de las respuestas faltantes). Por otro lado, existen dos versiones

reducidas: el SF- 12 (Es un cuestionario más corto usado para medir la salud Física y Mental en general, aunque implica una pérdida de precisión en las puntuaciones con respecto al SF- 36); el SF- 8 (Permite el cálculo de un perfil de ocho escalas comparable al SF- 36 y también de las dos medidas, física y mental; fue construido para sustituir al SF- 36 y SF- 12 en estudios de salud poblacionales en Estados Unidos y en el ámbito internacional). Por último está el SF-6D (Es un instrumento de medida de la salud basado en preferencias, que permite hacer evaluaciones en atención sanitaria, a partir de bases de datos del SF- 36 ya disponibles o futuras). Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa semana anterior (Rojas , 2003).

Adaptación Española: Alonso J, Prieto L, y Antó JM. (1995) utilizaron el tipo de instrumento es cuestionario, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, comparar la carga de distintas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por distintos tratamientos médicos y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

Con un total de 36 ítems, formando 8 dimensiones.

Los 36 ítems exploran 8 dimensiones del estado de salud que detallaremos a continuación :

Tabla 3

Dimensiones del estado de salud

Dimensiones	Numero de preguntas	Items
1. Funcionalidad Física (FF)	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
2. Funcionalidad Social (FS)	2	20,32
3. Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF)	4	13,14,15,16
4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas	3	17,18,19

emocionales (LRPE)		
5. Estado mental (EM)	5	24,25,26,28,30
6. Energía y Fatiga (EF)	4	23,27,29,31
7. Dolor	2	21,22
8. Percepción de la salud en general (PSG).	5	33,34,35,36,1

Existe una cuestión no incluida en estas 8 dimensiones, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Por el contrario, hay aspectos importantes de la salud como son el Funcionamiento Cognitivo, Sexual y Familia, que no los evalúa este instrumento. Las opciones de respuesta se presentan en escalas de tipo Likert, que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuestas varía entre dos, tres y seis según el ítem.

En cuanto a la fiabilidad del instrumento tiene una alta consistencia interna (0.8 para todas las escalas, excepto para la “función social” que es de 0.76). El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. la validez test- retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para la función física, vitalidad y percepción general de la salud y de 0.6, para función social. Si la comparación se hace con seis meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que baja hasta 0.43.

Y presenta una validez en la que se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación española, son parecidos a los originales, excepto la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es menor.

Con respecto a la corrección e interpretación del instrumento existen dos formas de puntuación. La primera (Rand Group), establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), y proporciona un perfil mediante las puntuaciones en las 8 dimensiones evaluadas. No todas las respuestas tienen el mismo valor, sino que depende del

número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. La segunda forma (The Health Institute), da diferentes pesos específicos a cada respuesta. Las medias y desviación típica en población general española son: función física 94.4 (SD 12.8), función social 96 (SD 14.1), limitación rol: problemas físicos 91.1 (SD 25.7), limitación rol: problemas emocionales 90,1 (SD 26), salud mental 77.7 (SD 17.3), vitalidad 69.9.

7. Proceso de recolección de datos

Para el recojo de la información se presentara una solicitud al gerente del programa de vaso de leche y luego de eso se hará el recojo de información a las madres de edades entre 35 a 45 años, luego de esto se tomara el cuestionario de las practicas del autocuidado y el cuestionario de Salud SF- 36.

8. Procesamiento y Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos, se emplearan los siguientes estadígrafos y pruebas estadísticas haciendo uso del paquete estadístico SPSS 22 (Statistical Package for the Social Science) en español.

Posteriormente los resultados se presentarán en tablas de distribución de frecuencias, así como las tablas de correlaciones que deriven del análisis de datos (Ibañez, 2007).

Se utilizó la correlación de Pearson y su prueba estadística cuya fórmula es la siguiente:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n X_i Y_i - \frac{(\sum_{i=1}^n X_i)(\sum_{i=1}^n Y_i)}{n}}{\sqrt{\sum_{i=1}^n X_i^2 - \frac{(\sum_{i=1}^n X_i)^2}{n}}} \sqrt{\sum_{i=1}^n Y_i^2 - \frac{(\sum_{i=1}^n Y_i)^2}{n}}$$

r : coeficiente de correlación

\sum : Sumatoria

Y : Variable dependiente

X : Variable independiente

Los rangos que el coeficiente de correlación se puede interpretarse haciendo uso de las siguientes expresiones (Ibañez, 2007)

$r = 0.2$ a $r = 0.3$ coeficiente de correlación muy bajo

$r = 0.4$ a $r = 0.5$ coeficiente de correlación bajo

$r = 0.6$ a $r = 0.7$ coeficiente de correlación alto

$r = 0.8$ a $r = 1.0$ coeficiente de correlación muy alto

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. En relación al objetivo general.

Tabla 4

Nivel de práctica de autocuidado en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Práctica no saludable (38-80)	50	49.5	49.5	49.5
Práctica saludable(81-190)	51	50.5	50.5	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche

La tabla 4 muestra los niveles de práctica de autocuidado, donde se observa que el 50.5% de mujeres pre menopáusicas presentan una práctica saludable, seguido de 49.5% de mujeres pre menopáusicas presentan una práctica no saludable.

Tabla 5

Nivel de calidad de vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del programa vaso de leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-1675)	26	25.7	25.7	25.7
Regular calidad (1676-2586)	49	48.5	48.5	74.3
Buena calidad (2587-3600)	26	25.7	25.7	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche

La tabla 5 muestra los niveles de calidad de vida, donde se observa que el 48.5% de mujeres pre menopáusicas presentan un nivel de calidad de vida regular,

seguido de 25.7% una mala calidad de vida, y finalmente un 25.7% una buena calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y = Calidad de vida

Variable x = practicas de autocuidado

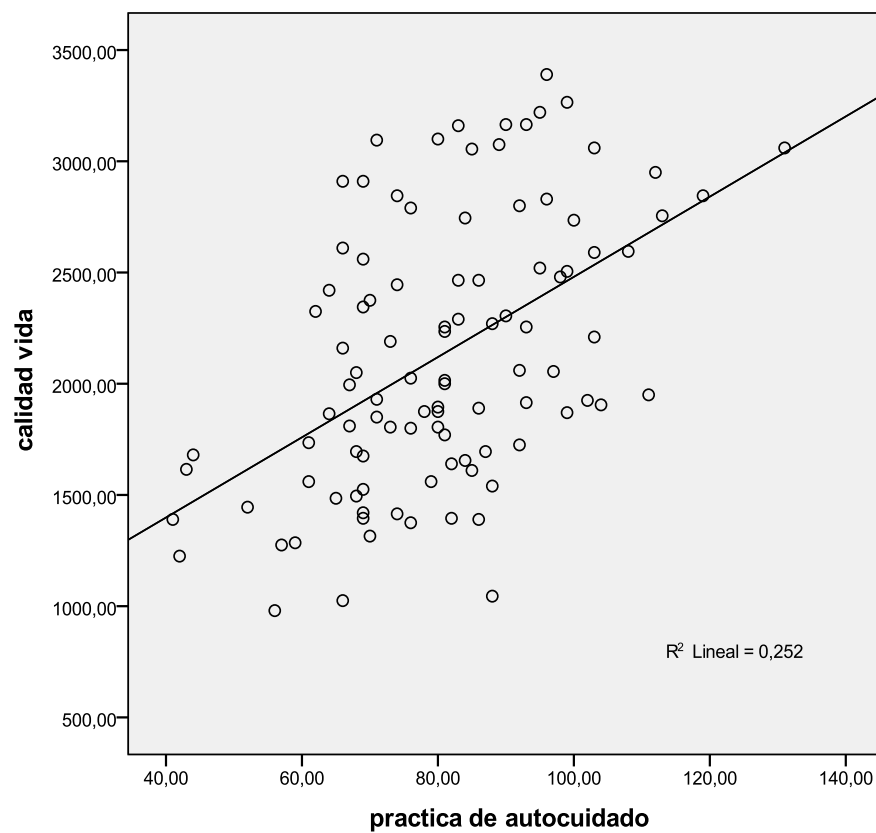


Figura 1: *Dispersión entre la práctica del autocuidado y la calidad de vida en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.*

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

Tabla 6

Análisis de coeficientes entre la práctica de autocuidado y calidad de vida

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	677.318	256.914		2.636	.010
	Práctica de autocuidado	18.030	3.125	.502	5.770	.000

a. Variable dependiente: Calidad vida

La pendiente de la recta de regresión es:

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = 18.03$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de 18.03

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 677.318$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 677.318 + 18.03x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) de práctica de autocuidado y la calidad de vida.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 7

Análisis de Correlación entre práctica de autocuidado y calidad de vida

		Práctica de autocuidado	Calidad de vida
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	1	.502**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	101	101
Calidad de vida	Correlación de Pearson	.502**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	101	101

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

El análisis de correlación que muestra la tabla 7, determina la existencia de una

correlación directa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida, con un coeficiente de correlación $r=.502$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 9 declara que el $r^2 = .252$ indicando que la variación de la calidad de vida se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 25.2%, la cual es significativa.

Tabla 8

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.502 ^a	.252	.244	524.90408

a. Variables predictoras: (Constante). Nivel práctica de autocuidado

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca, no es significativo o relevante para explicar la relación con la calidad de vida.

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación con la calidad de vida.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H_0 si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H_0 si $\text{sig} > \alpha$

i. Estadística de prueba usando SPSS 22

Tabla 09

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	9171839.555	1	9171839.555	33.289	.000 ^a
	Residual	27276905.000	99	275524.293		
	Total	36448744.554	100			

a. Variables predictoras: (Constante), Nivel de práctica de autocuidado

b. Variable dependiente: Nivel de calidad vida

Como el valor sig. = 0.000 < α = 0.05, se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona con la calidad de vida. Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca. El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente sig. = 0.000 < α = 0.05; estos resultados declaran una asociación entre la practica autocuidado con la calidad de vida (Tabla 09).

1.2. En relación al objetivo específico 1

Tabla 10

Nivel de calidad de vida en su dimensión funcionalidad física en mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-521)	25	24.8	24.8	24.8
Regular calidad (522-809)	49	48.5	48.5	73.3
Buena calidad (810-1000)	27	26.7	26.7	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres premenopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche

La tabla 10 muestra los niveles de calidad de vida en su dimensión funcionalidad física, donde se observa que el 48.5% de mujeres premenopáusicas presentan una regular calidad de vida, seguido de 26.7% de mujeres pre

menopáusicas presentan una buena calidad de vida, finalmente el 24.8% presentan mala calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y =Funcionalidad física

Variable x =practica de autocuidado

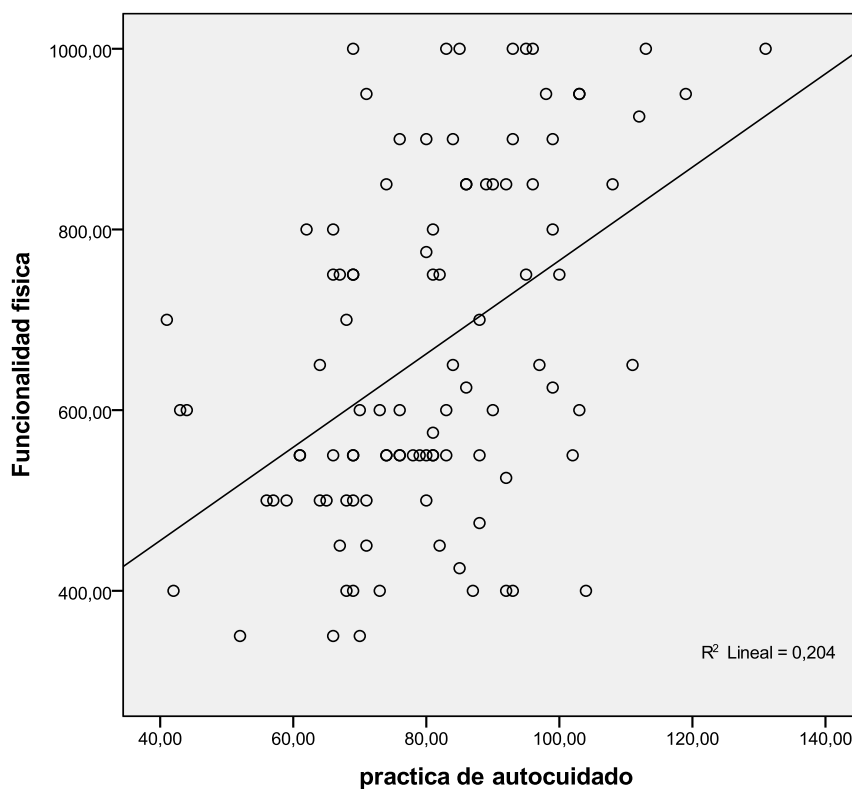


Figura 2: Dispersión entre la práctica del autocuidado y la funcionalidad física de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

Tabla 11

Análisis de coeficientes entre las prácticas de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.
	B	Error tip.	Beta	t	
1 (Constante)	248.921	84.374		2.950	.004
Práctica de autocuidado	5.167	1.026	.452	5.035	.000

a. Variable dependiente: Funcionalidad física
La pendiente de la recta de regresión es:

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = 5.17$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de 5.17

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 248.92$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 248.92 + 5.17x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 12

Análisis de Correlación entre la práctica de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física.

		Práctica de autocuidado	Funcionalidad física
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	1	.452**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	101	101
Funcionalidad física	Correlación de Pearson	.452**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	101	101

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

EL análisis de correlación que muestra la tabla 12, determina la existencia de una

correlación directa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física, con un coeficiente de correlación $r=.452$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 14 declara que el $r^2 = .204$ indicando que la variación de la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 20.4%, la cual es significativa.

Tabla 13

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la funcionalidad física.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.452 ^a	.204	.196	172.38497

a. Variables predictoras: (Constante). Practica de autocuidado

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca no es significativo o relevante para explicar la relación con la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física.

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación con la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H₀ si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H₀ si $\text{sig} > \alpha$

i. Estadística de prueba usando SPSS 22

Tabla 14

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en su dimensión de funcionalidad física

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	753281.438	1	753281.438	25.349	.000 ^a
	Residual	2941941.335	99	29716.579		
	Total	3695222.772	100			

a. Variables predictoras: (Constante). Practica de autocuidado

b. Variable dependiente: Funcionalidad física

Como el valor sig. = 0.000 < α = 0.05, se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona con la calidad de vida.

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, Juliaca. El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente sig. = 0.000 < α = 0.05; estos resultados declaran una asociación entre la práctica autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad física. (Tabla 14).

1.3.En relación al objetivo específico 2

Tabla 15

Nivel de calidad de vida en su dimensión funcionalidad social en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-88)	21	20.8	20.8	20.8
Regular calidad (89-143)	47	46.5	46.5	67.3
Buena calidad (144-200)	33	32.7	32.7	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche.

La tabla 16 muestra los niveles de calidad de vida en su dimensión

funcionalidad social, donde se observa que el 46.5% de mujeres pre menopáusicas presentan una regular calidad de vida, seguido de 32.7% de mujeres pre menopáusicas presentan una buena calidad de vida, finalmente el 20.8% presentan mala calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y =Funcionalidad Social

Variable x =Practicas de autocuidado

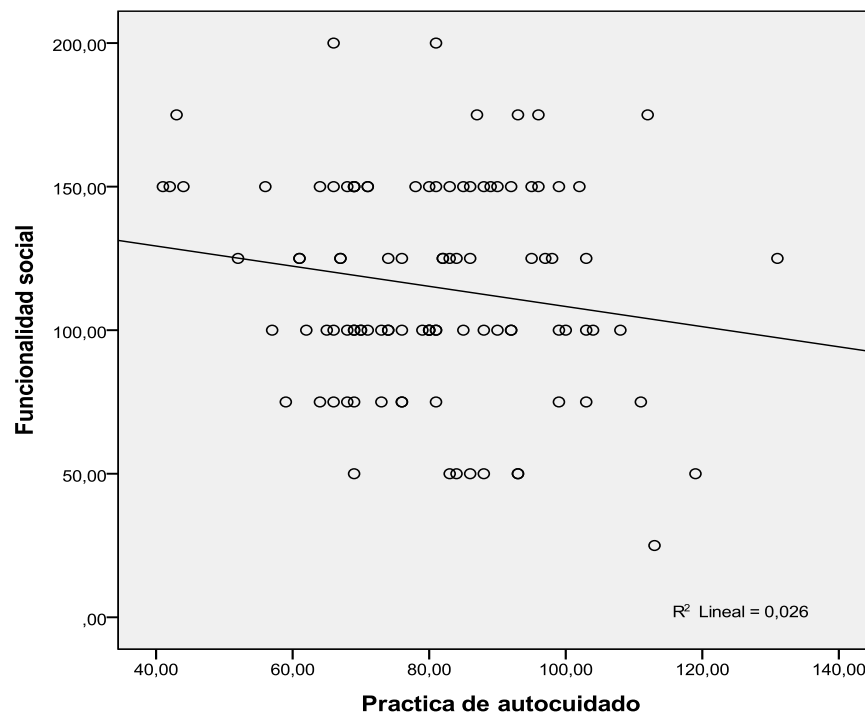


Figura 3: Dispersión entre la práctica del autocuidado y la funcionalidad social de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

Tabla 16

Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad Social y las prácticas de autocuidado.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	143.359	17.762		8.071	.000
	Práctica de autocuidado	-.351	.216	-.161	-1.625	.107

a. Variable dependiente: Funcionalidad social

La pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = -0.351$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de -0.351

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 143.36$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 143.36 - 0.351x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) de prácticas de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de Funcionalidad Social.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 17

Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de funcionalidad Social y la práctica de autocuidado.

		Funcionalidad social	Práctica de autocuidado
Funcionalidad social	Correlación de Pearson	1	-.161
	Sig. (bilateral)		.107
	N	101	101
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	-.161	1
	Sig. (bilateral)	.107	
	N	101	101

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

El análisis de correlación que muestra la tabla 17, determina la existencia de una correlación inversa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad social, con un coeficiente de correlación $r = -.161$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 19 declara que el $r^2 = .026$ indicando que la variación de la calidad de vida en la dimensión funcionalidad social se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 2.6%, la cual es significativa.

Tabla 18

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad social.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.161 ^a	.026	.016	36.28891

a. Variables predictoras: (Constante). Nivel practica de autocuidado

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca no es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de funcionalidad social.

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de funcionalidad social.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H_0 si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H_0 si $\text{sig} > \alpha$

i. Estadística de prueba usando SPSS22.

Tabla 19

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de la funcionalidad Social.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	3477.375	1	3477.375	2.641	.107 ^a
	Residual	130371.635	99	1316.885		
	Total	133849.010	100			

a. Variables predictoras: (Constante), Práctica de autocuidado

b. Variable dependiente: Funcionalidad social

Como el valor $\text{sig.} = 0.107 > \alpha = 0.05$, se rechaza H_a , a favor de la H_0 ; declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona en forma inversa con la calidad de vida en su dimensión funcionalidad social.

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación inversa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad social que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca.

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.107 > \alpha = 0.05$; estos resultados declaran que no existe asociación entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de funcionalidad social.

(Tabla 19).

1.4. En relación al objetivo específico 3.

Tabla 20

Nivel de calidad de vida en su dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-114)	34	33.7	33.7	33.7
Regular calidad (115-345)	33	32.7	32.7	66.3
Buena calidad (346-400)	34	33.7	33.7	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche.

La tabla 20 muestra los niveles de calidad de vida en su dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, donde se observa que el 33.7% de mujeres pre menopáusicas presentan una buena calidad de vida, seguido de 33.7% de mujeres pre menopáusicas presentan una mala calidad de vida, finalmente el 32.7% presentan regular calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y = limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos

Variable x = practicas de autocuidado

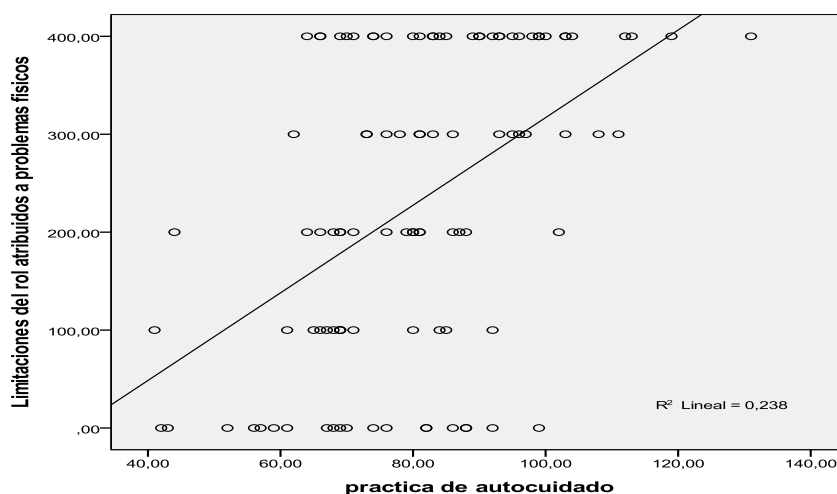


Figura 4: *Dispersión entre la práctica del autocuidado y la limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.*

Tabla 21

Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos y la práctica de autocuidado.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-130.400	66.112		-1.972	.051
	Práctica de autocuidado	4.474	.804	.488	5.563	.000

a. Variable dependiente: Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

La pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = 4.47$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de -0.351

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = -130.40$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = -130.40 + 4.47x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) de prácticas de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 22

Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, y la práctica de autocuidado.

		Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos		Práctica de autocuidado
Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos	Correlación de Pearson	1		.488**
	Sig. (bilateral)			.000
	N	101		101
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	.488**		1
	Sig. (bilateral)	.000		
	N	101		101

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

El análisis de correlación que muestra la tabla 22, determina la existencia de una correlación directa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, con un coeficiente de correlación $r = .488$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 24 declara que el $r^2 = .238$ indicando que la variación de la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 23.8%, la cual es significativa.

Tabla 23

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.488 ^a	.238	.230	135.07409

a. Variables predictoras: (Constante). Práctica de autocuidado

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca no es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H₀ si sig < α

Aceptar H₀ si sig > α

i. Estadística de prueba usando SPSS 22

Tabla 24

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	564635.061	1	564635.061	30.947	.000 ^a
	Residual	1806256.028	99	18245.010		
	Total	2370891.089	100			

a. Variables predictoras: (Constante). Práctica de autocuidado

b. Variable dependiente: Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos

Como el valor sig. = 0.000 < $\alpha = 0.05$, se rechaza H₀, a favor de la H_a;

declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona en forma directa con la

calidad de vida en su dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión delimitaciones del rol atribuidos a problemas físicos que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca.

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.000 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran que existe asociación entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos. (Tabla 24).

1.5. En relación al objetivo específico 4.

Tabla 25

Nivel de calidad de vida en su dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-49)	38	37.6	37.6	37.6
Regular calidad (50-240)	33	32.7	32.7	70.3
Buena calidad (241-300)	30	29.7	29.7	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche.

La tabla 25 muestra los niveles de calidad de vida en su dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, donde se observa que el 37.6% de mujeres pre menopáusicas presentan una mala calidad de vida, seguido de 32.7% de mujeres pre menopáusicas presentan una regular calidad de vida, finalmente el 29.7% presentan una buena calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y = limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales

Variable x = prácticas de autocuidado

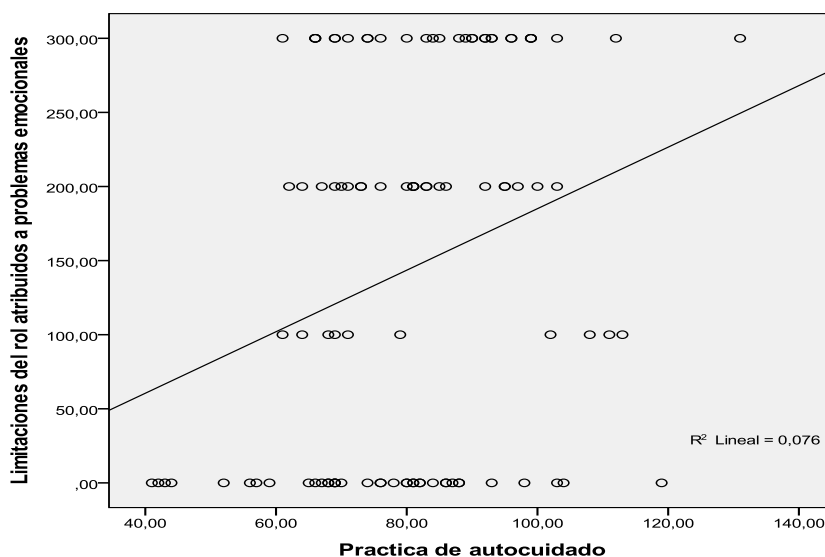


Figura 5: Dispersión entre la práctica del autocuidado y la limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

Tabla 26

Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales y la práctica de autocuidado.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típ.	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	-22.558	60.004		-.376	.708
	Práctica de autocuidado	2.076	.730	.275	2.844	.005

a. Variable dependiente: Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales

La pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = 2.076$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de 2.08

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = -22.56$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = -22.56 + 2.08x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) de prácticas de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 27

Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, y la práctica de autocuidado.

		Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales	
			Práctica de autocuidado
Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales	Correlación de Pearson	1	.275**
	Sig. (bilateral)		.005
	N	101	101
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	.275**	1
	Sig. (bilateral)	.005	
	N	101	101

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

El análisis de correlación que muestra la tabla 27, determina la existencia de una correlación inversa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, con un

coeficiente de correlación $r = .275$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 29 declara que el $r^2 = .076$ indicando que la variación de la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 7.6%, la cual es significativa.

Tabla 28

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.275 ^a	.076	.066	122.59425

a. Variables predictoras: (Constante).Práctica de autocuidado

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca no es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H_0 si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H_0 si $\text{sig} > \alpha$

i. Estadística de prueba usando SPSS 22

Tabla 29

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	121599.318	1	121599.318	8.091	.005 ^a
	Residual	1487905.632	99	15029.350		
	Total	1609504.950	100			

a. Variables predictoras: (Constante).Práctica de autocuidado

b. Variable dependiente: Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales

Como el valor $\text{sig.} = 0.005 < \alpha = 0.05$, se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona en forma directa con la calidad de vida en su dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca.

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.005 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran que existe asociación entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (Tabla 29).

1.6. En relación al objetivo específico 5.

Tabla 30

Nivel de calidad de vida en su dimensión estado mental en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-223)	21	20.8	20.8	20.8
Regular calidad (224-365)	55	54.5	54.5	75.2
Buena calidad (366-500)	25	24.8	24.8	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche.

La tabla 30 muestra los niveles de calidad de vida en su dimensión estado mental, donde se observa que el 54.5% de mujeres pre menopáusicas presentan una regular calidad de vida, seguido de 24.8% de mujeres pre menopáusicas presentan una buena calidad de vida, y finalmente el 20.8% presentan una mala calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y = Estado mental

Variable x = Práctica de autocuidado

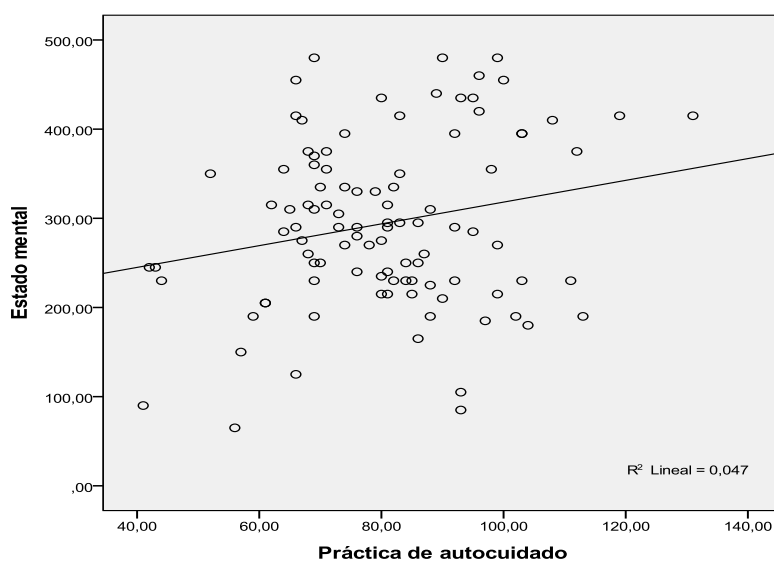


Figura 6: Dispersión entre la práctica del autocuidado y el estado mental de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

Tabla 31

Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de estado mental y la práctica de autocuidado.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	196.132	45.422		4.318	.000
Práctica de autocuidado	1.220	.553	.217	2.209	.030

a. Variable dependiente: Estado mental

La pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = 1.22$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de 1.22

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 196.13$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 196.13 + 1.22x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables (sig=0.000 < 0.05) de prácticas de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de estado mental.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 32

Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de estado mental y la práctica de autocuidado.

		Estado mental	Práctica de autocuidado
Estado mental	Correlación de Pearson	1	.217*
	Sig. (bilateral)		.030
	N	101	101
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	.217*	1
	Sig. (bilateral)	.030	
	N	101	101

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

El análisis de correlación que muestra la tabla 32, determina la existencia de una correlación directa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de estado mental, con un coeficiente de correlación $r = .217$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 34 declara que el $r^2 = .076$ indicando que la variación de la calidad de vida en la dimensión de estado mental, se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 7.6%, la cual es significativa.

Tabla 33

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión estado mental

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.217 ^a	.047	.037	92.80279

a. Variables predictoras: (Constante). Práctica de autocuidado.

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca no es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de estado mental.

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de estado mental.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H₀ si sig < α

Aceptar H₀ si sig > α

i. Estadística de prueba usando SPSS 22

Tabla 34

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de estado mental

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	42009.719	1	42009.719	4.878	.030 ^a
	Residual	852623.449	99	8612.358		
	Total	894633.168	100			

a. Variables predictoras: (Constante).Práctica de autocuidado

b. Variable dependiente: Estado mental

Como el valor sig. = 0.03 < $\alpha = 0.05$, se rechaza H₀, a favor de la H_a; declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona en forma directa con la calidad de vida en su dimensión estado mental. Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de estado mental que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca. El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente sig. = 0.03 < $\alpha = 0.05$; estos resultados declaran que existe asociación entre la práctica de

autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de estado mental (Tabla 34).

1.7. En relación al objetivo específico 6.

Tabla 35

Nivel de calidad de vida en su dimensión energía y fatiga en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-176)	21	20.8	20.8	20.8
Regular calidad (177-284)	54	53.5	53.5	74.3
Buena calidad (285-400)	26	25.7	25.7	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche.

La tabla 35 muestra los niveles de calidad de vida en su dimensión energía y fatiga, donde se observa que el 53.5% de mujeres pre menopáusicas presentan una regular calidad de vida, seguido de 25.7% de mujeres pre menopáusicas presentan una buena calidad de vida, y finalmente el 20.8% presentan una mala calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y = Energía y fatiga

Variable x = Práctica de autocuidado

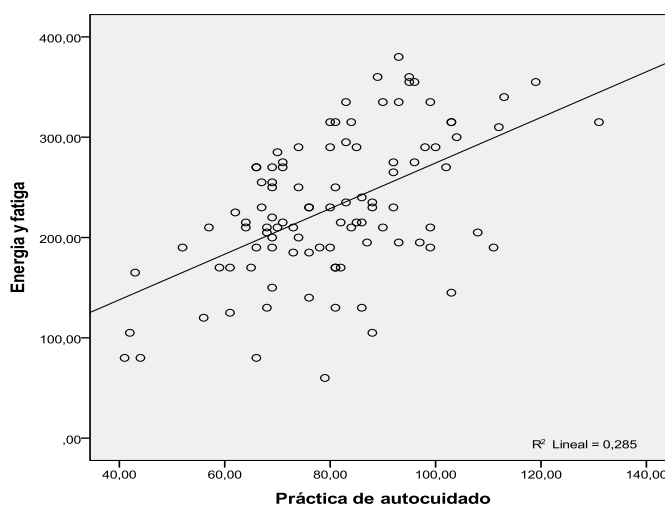


Figura 7: *Dispersión entre la práctica del autocuidado y la energía y fatiga de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.*

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

Tabla 36

Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga, y la práctica de autocuidado.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		t	Sig.
		B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	46.989	29.767			1.579	.118
	Práctica de autocuidado	2.273	.362	.534		6.278	.000

a. Variable dependiente: Energía y fatiga

La pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = 2.27$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de 2.27

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 46.99$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 46.99 + 2.27x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) de prácticas de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 37

Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga, y la práctica de autocuidado.

		Energía y fatiga	Práctica de autocuidado
Energía y fatiga	Correlación de Pearson	1	.534**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	101	101
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	.534**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	101	101

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

El análisis de correlación que muestra la tabla 37, determina la existencia de una correlación directa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga, con un coeficiente de correlación $r = .534$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 34 declara que el $r^2 = .285$ indicando que la variación de la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga, se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 28.5%, la cual es significativa.

Tabla 38

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión en la energía y fatiga.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.534 ^a	.285	.278	60.81648

a. Variables predictoras: (Constante). Práctica de autocuidado

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca no es significativo o relevante para explicar la relación de calidad

de vida en la dimensión de energía y fatiga.

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H₀ si sig < α

Aceptar H₀ si sig > α

i. Estadística de prueba usando SPSS 22

Tabla 39

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	145758.941	1	145758.941	39.409	.000 ^a
	Residual	366165.811	99	3698.645		
	Total	511924.752	100			

a. Variables predictoras: (Constante). Práctica de autocuidado

b. Variable dependiente: Energía y fatiga

Como el valor sig. = 0.00 < $\alpha = 0.05$, se rechaza H₀, a favor de la H_a; declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona en forma directa con la calidad de vida en su dimensión energía y fatiga.

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga que presentan las mujeres pre menopáusicas

beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca.

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente sig. = $0.00 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran que existe asociación entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga. (Tabla 39).

1.8. En relación al objetivo específico 7.

Tabla 40

Nivel de calidad de vida en su dimensión dolor en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-100)	23	22.8	22.8	22.8
Regular calidad (101-164)	59	58.4	58.4	81.2
Buena calidad (165-200)	19	18.8	18.8	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche.

La tabla 40 muestra los niveles de calidad de vida en su dimensión dolor, donde se observa que el 58.4% de mujeres pre menopáusicas presentan una regular calidad de vida, seguido de 22.8% de mujeres pre menopáusicas presentan una mala calidad de vida, y finalmente el 18.8% presentan una buena calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y =Dolor

Variable x =Práctica de autocuidado

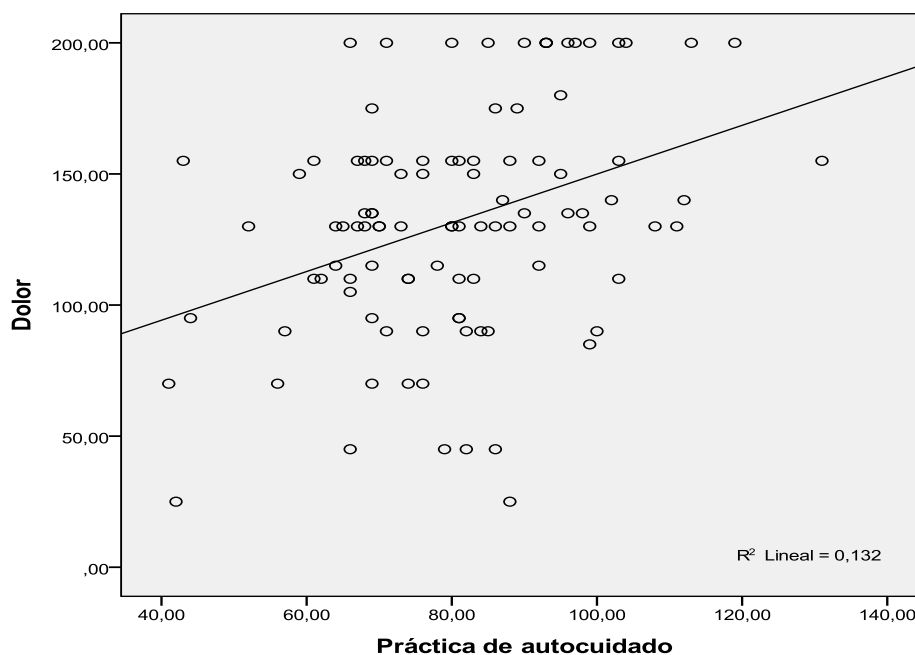


Figura 8: *Dispersión entre la práctica del autocuidado y el dolor de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.*

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

Tabla 41

Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión dolor, y la práctica de autocuidado.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	
	B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	57.042	19.700	2.896	.005	
	Práctica de autocuidado	.929	.240	.363	3.877	.000

a. Variable dependiente: Dolor

La pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = 0.93$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de 0.93

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 57.04$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 0.93 + 57.04x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) de prácticas de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de dolor.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 42

Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de dolor, y la práctica de autocuidado.

		Dolor	Práctica de autocuidado
Dolor	Correlación de Pearson	1	.363**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	101	101
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	.363**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	101	101

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

El análisis de correlación que muestra la tabla 42, determina la existencia de una correlación directa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de dolor, con un coeficiente de correlación $r = .363$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 44 declara que el $r^2 = .132$ indicando que la variación de la calidad de vida en la dimensión de dolor, se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 13.2%, la cual es significativa.

Tabla 43

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de dolor.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.363 ^a	.132	.123	40.24932

a. Variables predictoras: (Constante).Práctica de autocuidado

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca no es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de dolor.

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de dolor.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H₀ si sig < α

Aceptar H₀ si sig > α

i. Estadística de prueba usando SPSS 22

Tabla 44

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de dolor.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	24355.338	1	24355.338	15.034	.000 ^a
	Residual	160380.801	99	1620.008		
	Total	184736.139	100			

a. Variables predictoras: (Constante).Práctica de autocuidado

b. Variable dependiente: Dolor

Como el valor sig. = 0.00 < α = 0.05, se rechaza H_0 , a favor de la H_a ; declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona en forma directa con la calidad de vida en su dimensión dolor.

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de dolor que presentan las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca.

El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente sig. = 0.00 < α = 0.05; estos resultados declaran que existe asociación entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión dolor. (Tabla 44).

1.9. En relación al objetivo específico 8.

Tabla 45

Nivel de calidad de vida en su dimensión percepción de la salud en general en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala calidad (0-246)	21	20.8	20.8	20.8
Regular calidad (247-395)	57	56.4	56.4	77.2
Buena calidad (396-500)	23	22.8	22.8	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche.

La tabla 45 muestra los niveles de calidad de vida en su dimensión percepción de la salud en general, donde se observa que el 56.4% de mujeres pre menopáusicas presentan una regular calidad de vida, seguido de 22.8% de mujeres pre menopáusicas presentan una buena calidad de vida, y finalmente el 20.8% presentan una mala calidad de vida.

a. Planteamiento del modelo

$$y = f(x)$$

b. Comportamiento de las variables según el gráfico de dispersión

Variable y = Percepción de la salud en general

Variable x = Práctica de autocuidado

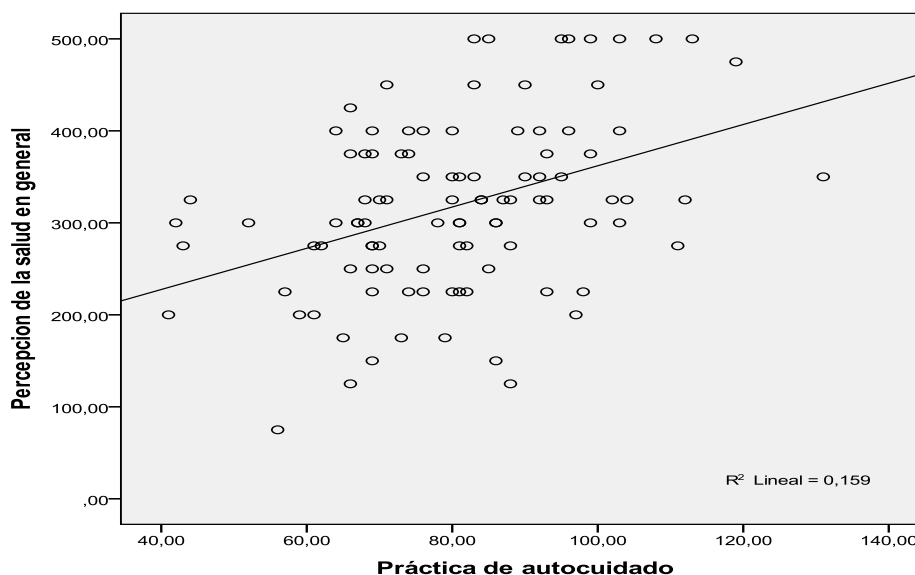


Figura 9: Dispersión entre la práctica del autocuidado y la percepción de la salud en general de las mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

La figura presentada determina una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual puede afirmar que existe correlación directa entre las variables de estudio.

c. Modelo de la ecuación de las variables

Tabla 46

Análisis de coeficientes entre la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general, y la práctica de autocuidado.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		t	Sig.
	B	Error típ.	Beta			
1	(Constante)	137.833	42.652		3.232	.002
	Práctica de autocuidado	2.242	.519	.398	4.322	.000

a. Variable dependiente: Percepción de la salud en general

La pendiente de la recta de regresión es

$$b = \frac{n * \sum x_i * y_i - (\sum x_i) * (\sum y_i)}{n * \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} = 2.24$$

Este resultado afirma que la relación entre las variables es directa con una pendiente de 2.24

La intersección con el eje Y es:

$$a = \frac{\sum y_i - b * \sum x_i}{n} = 137.83$$

El modelo de estimación de la ecuación se presenta de la siguiente manera:

$$y = a + bx = 137.83 + 2.24x$$

El análisis de coeficientes presenta que los resultados se comportan en un modelo lineal, y presentan relación entre las variables ($\text{sig}=0.000 < 0.05$) de prácticas de autocuidado y calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general.

d. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson

Tabla 47

Análisis de Correlación entre calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general, y la práctica de autocuidado.

		Percepción de la salud en general	Práctica de autocuidado
Percepción de la salud en general	Correlación de Pearson	1	.398**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	101	101
Práctica de autocuidado	Correlación de Pearson	.398**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	101	101

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

El análisis de correlación que muestra la tabla 47, determina la existencia de una correlación directa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general con un coeficiente de correlación $r = .398$ por lo que la relación que presenta las variables es significativa, por otro lado el coeficiente de determinación que se muestra en la tabla 49 declara que el $r^2 = .159$ indicando que la variación de la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general, se explica por la variación de las prácticas de autocuidado en un 15.9%, la cual es significativa.

Tabla 48

Resumen del modelo de correlación y determinación de Pearson entre la práctica de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.398 ^a	.159	.150	87.14179

a. Variables predictoras: (Constante).Práctica de autocuidado

e. Estadísticos de prueba

f. Hipótesis

H₀: b = 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca no es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general

H_a: b ≠ 0: Las prácticas de autocuidado que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca es significativo o relevante para explicar la relación de calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general.

g. Nivel de significancia

El nivel de significancia será $\alpha = 0.05$ y por correspondiente el nivel de confianza es del 95%.

h. Regla de decisión

Rechazar H₀ si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar H₀ si $\text{sig} > \alpha$

i. Estadística de prueba usando SPSS 22

Tabla 49

Análisis de ANOVA entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	141838.373	1	141838.373	18.678	.000 ^a
	Residual	751775.488	99	7593.692		
	Total	893613.861	100			

a. Variables predictoras: (Constante).Práctica de autocuidado

b. Variable dependiente: Percepción de la salud en general

Como el valor $\text{sig.} = 0.00 < \alpha = 0.05$, se rechaza H₀, a favor de la H_a; declarando que la práctica de autocuidado se correlaciona en forma directa con la calidad de

vida en su dimensión percepción de la salud en general.

Se concluye que a un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general que presentan las mujeres premenopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca. El análisis de ANOVA muestra que las variables se relacionan directamente $\text{sig.} = 0.00 < \alpha = 0.05$; estos resultados declaran que existe asociación entre la práctica de autocuidado con la calidad de vida en la dimensión percepción de la salud en general (Tabla 49).

2. Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos se afirma que la práctica de autocuidado se relaciona con la calidad de vida, donde se obtuvo un resultado de un 50.5% de mujeres premenopáusicas las cuales presentaron una práctica de autocuidado saludable, mientras que en el nivel de calidad de vida un 48.5% de mujeres premenopáusicas presentaron una regular calidad de vida.

Esto es corroborado por el investigador Yabur (2010) en su trabajo de investigación titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer venezolana durante la peri menopausia y la posmenopausia- Caracas”, afirma que los cambios que desmejoraron la calidad de vida de las mujeres, que en un 0.8% es importante mientras que en un 62.8% es leve. La presencia de sintomatología climática fue reportada en el 81.2%. 1% como severa y 57.7% como leve. Esto muestra la existencia de cambios importantes en la calidad de vida de las mujeres peris menopáusicas y posmenopáusicas.

Asimismo Monterrosa, Paternina y Romero (2011) en su trabajo de investigación “Calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado

menopáusico, Colombia”, afirmaron que las molestias musculares y articulares, oleadas de calor, cansancio físico y mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, pero el síntoma predominante fue diferente en cada estado menopáusico, el cansancio físico y mental predominó en la pre menopausia (58.9%), las molestias musculares y articulares en la peri menopausia (78.9%) y las oleadas de calor en la postmenopausia (83.2%). Se evidenció un deterioro progresivo de la calidad de vida, en todos los ítems evaluados, al pasar del estado de pre menopáusico al posmenopáusico, también se halló deterioro de la calidad de vida con el paso del estado pre menopáusico al peri menopáusico en todos los ítems evaluados.

Tobón (2010) hace referencia que dentro de las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.

De igual manera Fernández, Vidal, Castrechini, Hidalgo, Palavecinos, Herranz, et al, (2008) afirma que la calidad de vida es una evaluación de la experiencia de su propia vida, y, por lo tanto, la calidad de vida nos habla de la percepción subjetiva que tienen las personas de su vida (situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, urbana, laboral, etc.), y, en segundo lugar, entendemos la calidad de vida como bienestar, felicidad y satisfacción de las personas, grupos y comunidades que les da capacidad de actuación, funcionamiento y sensación positiva con su vida, tanto en relación con la calidad de las condiciones

de vida (objetiva), como referida a la satisfacción personal (subjetiva) y/o social con dichas condiciones, refiriéndonos a los valores personales y/o sociales.

Con el primer objetivo específico se afirma que la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física las mujeres pre menopáusicas presentaron un 48.5% cuya escala estuvo dentro de una regular calidad de vida.

Monterrosa, Paternina y Romero (2011) en su trabajo de investigación “Calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico, Colombia”, afirmaron que las molestias musculares y articulares, oleadas de calor, cansancio físico y mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, pero el síntoma predominante fue diferente en cada estado menopáusico, el cansancio físico y mental predominó en la pre menopausia (58.9%), las molestias musculares y articulares en la peri menopausia (78.9%) y las oleadas de calor en la postmenopausia (83.2%). Se evidenció un deterioro progresivo de la calidad de vida, en todos los ítems evaluados, al pasar del estado de pre menopáusico al posmenopáusico, también se halló deterioro de la calidad de vida con el paso del estado pre menopáusico al perimenopáusico en todos los ítems evaluados (con excepción de los problemas vesicales).

También los investigadores López, Soares y Roberto (2011) realizaron una investigación titulada “Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarios de atención primaria de salud, Santiago”, afirman que practicar ejercicios físicos regularmente (90.2%), no tener ocupación remunerada al momento de la entrevista (56%), dedicarse a actividades domésticas por lo menos una vez a la semana (97.1%) y permitirse horarios para practicar actividades recreativas o de descanso (94.0%), en cuanto a los síntomas climatéricos, la mayoría de las mujeres sufren de molestias musculares y articulares (84.5%) y agotamiento físico y mental (80.4%); siendo los

síntomas de menor frecuencia los del dominio urogenital, con un porcentaje inferior a 60%, para cada uno de los tres síntomas que componen este dominio, también se evaluó la severidad de la sintomatología climatérica, en un primer lugar, por síntomas, obteniendo el mayor puntaje las molestias musculares y articulares (1.82) y el menor, la sequedad vaginal (0.84), lo que se considera como un rango de molestias de intensidad leve. se observó que el área psicológica es el más afectado (5.74), definido como molestias de intensidad moderada. Finalmente, la evaluación global reveló un compromiso moderado de la calidad de vida de las mujeres (13.86).

Asimismo Guerrero (2012) realizó una investigación titulada “Conocimientos y Autocuidado en la menopausia en mujeres de la parroquia Paquisha - Ecuador”, afirma que el 69.89 % manifiesta definiciones incorrectas de la misma y un 86.02% del grupo no conoce que alimentos deben consumir durante esta etapa; más de la mitad (51.61%) de las mujeres no señalan que ejercicios o que actividades deben realizar; en cuanto al control médico conocen que deben ir al control cada tres y seis meses.

De acuerdo al segundo objetivo específico la calidad de vida en la funcionalidad social un 46.5% presentaron una regular calidad de vida.

De igual manera Sánchez, et al (2008) afirma que la funcionalidad social es la capacidad para llevar a cabo las interacciones personales que forman el núcleo de la vida social y que están tradicionalmente estructuradas en forma jerárquica: familia, amigos, compañeros y comunidad, constituyen un parámetro muy estimado en la evaluación de la calidad de vida al proporcionar un importante apoyo psicosocial al individuo y al influir sobre el restablecimiento de la enfermedad y la supervivencia.

Asimismo López, Soares y Roberto (2011) realizaron una investigación

titulada “Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarios de atención primaria de salud, Santiago”, en la cual evaluaron la severidad de la sintomatología climatérica, en un primer lugar, por síntomas, obteniendo el mayor puntaje las molestias musculares y articulares (1.82) y el menor, la sequedad vaginal (0.84), lo que se considera como un rango de molestias de intensidad leve. Así mismo se observó que el área psicológica es el más afectado (5.74), definido como molestias de intensidad moderada. Finalmente, la evaluación global reveló un compromiso moderado de la calidad de vida de las mujeres (13.86).

De acuerdo al tercer objetivo en la calidad de vida en la dimensión de las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos un 33.7% tuvieron una buena o mala calidad de vida

Esto es comprobado por Sánchez, et al (2008) quien afirma que, las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos reúne las características de orden fisiológico derivadas de la enfermedad y/o del tratamiento. En general se consideran los síntomas o las molestias referidas por el paciente, las sensaciones displacenteras que pueden disminuir la calidad de vida de un individuo, como dolor, náuseas y disnea.

También Monterrosa, Paternina y Romero (2011) quienes realizaron una investigación titulada “Calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico, Colombia”, afirman que el cansancio físico y mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, pero el síntoma predominante fue diferente en cada estado menopáusico, el cansancio físico predominó en la pre menopausia (58.9%), las molestias musculares y articulares en la peri menopausia (78.9%) y las oleadas de calor en la postmenopausia (83.2%). Se evidenció un deterioro progresivo de la calidad de vida, en todos los ítems

evaluados, al pasar del estado de pre menopáusico al posmenopáusico, también se halló deterioro de la calidad de vida con el paso del estado pre menopáusico al peri menopáusico en todos los ítems evaluados .

Para el cuarto objetivo específico tenemos que la calidad de vida en la dimensión de las limitaciones del rol atribuidos por problemas emocionales un 37.6% de mujeres pre menopáusicas presentaron una mala calidad de vida.

Esto es corroborado por Maquera (2012) en su investigación titulada “Calidad de vida y nivel de autoestima en mujeres climatéricas del hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio-diciembre 2012”, afirma que la calidad de vida en las dimensiones como en el estado mental un 54.5% presentaron un nivel regular de calidad de vida.

De igual manera López, Soares y Roberto (2011) que realizaron una investigación titulada “Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarios de atención primaria de salud, Santiago”, afirman que el estado menopáusico es 66.9% de ellas eran postmenopáusicas y en cuanto a sus hábitos, gran parte de estas mujeres, tuvieron problemas mentales que representaron el 80.4%.

De igual manera Sánchez, et al, (2008) afirma que el investigador Dr. Bower señala que existen problemas emocionales de diferentes grados, así tenemos los leves o transitorios que son aquellos que presentan conductas atípicas circunstanciales y/o reactivas producto de un conflicto que está enfrentando en ese momento(reciente separación de los padres, muerte o enfermedad de un familiar, etc.) esta situación puede durar algunos días, semanas o hasta 3-4 meses notando en la conducta mejoras en forma progresiva.

De acuerdo al quinto objetivo específico tenemos que la calidad de vida en la dimensión de estado mental que el 54.5% de mujeres pre menopáusicas tuvieron una

regular calidad de vida.

Esto es comprobado por Monterrosa, Paternina y Romero (2011) quienes realizaron una investigación titulada “Calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopaúsico, Colombia”, los cuales investigaron que el estado mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, pero el síntoma predominante fue diferente en cada estado menopaúsica, el estado mental predominó en la pre menopausia en un 58.9%.

También se puede constatar por con los resultado de Sánchez, et al (2008) quienes afirman que los indicadores cognitivos y afectivos, son la felicidad, satisfacción con la vida y afecto positivo, mientras que los indicadores cognitivos se dirigen a aspectos relacionados con el pensamiento, la atención, la confusión o el deterioro para pensar y concentrarse, ambos componentes, afectivo y cognitivo, participan en los juicios que se hacen sobre la propia calidad de vida y se hallan significativamente influidos por el proceso de la enfermedad y el tratamiento

De acuerdo al sexto objetivo tenemos que en la calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga un 53.5% presentaron un nivel regular de calidad de vida,

Estos resultados son verificados por López, Soares y Roberto (2011) quienes realizaron una investigación titulada “Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarios de atención primaria de salud, Santiago”, afirman que la relación al estado menopaúsico, 66.9% de ellas eran postmenopáusicas y en cuanto a sus hábitos, gran parte de estas mujeres, no practicar ejercicios físicos regularmente (90.2%), dedicarse a actividades domésticas por lo menos una vez a la semana (97.1%) y permitirse horarios para practicar actividades recreativas o de descanso (94.0%), en cuanto a los síntomas climatéricos, la mayoría de la mujeres sufren de molestias musculares y

articulares (84.5%) y agotamiento físico y mental (80.4%); intensidad leve, se observó que el área psicológica es el más afectado (5.74), definido como molestias de intensidad moderada. Finalmente, la evaluación global reveló un compromiso moderado de la calidad de vida de las mujeres (13.86).

También se pudo confrontar con los resultados de los investigadores Monterrosa, Paternina y Romero (2011) quienes realizaron una investigación titulada “Calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico, Colombia”, en el que afirman que el cansancio físico y mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, pero el síntoma predominante fue diferente en cada estado menopáusico, el cansancio físico y mental predominó en la pre menopausia (58.9%), las molestias musculares y articulares en la peri menopausia (78.9%) y las oleadas de calor en la postmenopausia (83.2%). Se evidenció un deterioro progresivo de la calidad de vida, en todos los ítems evaluados, al pasar del estado de pre menopáusico al posmenopáusico, también se halló deterioro de la calidad de vida con el paso del estado pre menopáusico al peri menopáusico en todos los ítems evaluados.

También es corroborado por Rodríguez y Nuñez (2010) afirma que la fatiga puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o la falta de sueño. Sin embargo, también puede ser un signo no específico de un trastorno psicológico o fisiológico grave. La fatiga puede aparecer como síntoma aislado o acompañando a otros síntomas en una amplia gama de problemas de salud y enfermedades.

De acuerdo al séptimo objetivo la calidad de vida en la dimensión de dolor que el 58.4% de mujeres pre menopáusicas presentaron un nivel regular calidad de vida.

Estos resultados se pueden confirmar con el investigador Yabur (2010) quien realizó una investigación titulada “Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer venezolana durante la peri menopáusia y la posmenopausia - Caracas”, obteniendo como resultados que durante la transición a la menopausia y durante la posmenopausia el 82.1% presentaron cambios que desmejoraron la calidad de vida de las mujeres, siendo el 0.8% importante y 62.8% leve. La presencia de sintomatología climatérica fue reportada en el 81.2%. 1% severa y 57.7% leve. Esto muestra la existencia de cambios importantes en la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas.

De igual manera Rodríguez & Nuñez (2010) afirman que durante la menopausia, los ovarios de una mujer dejan de producir óvulos y producen menos estrógeno y progesterona. Los cambios en estas hormonas causan dolor y síntomas de menopausia. Los períodos se presentan con menos frecuencia y finalmente cesan. Algunas veces, esto sucede de repente, pero casi siempre los períodos cesan lentamente con el tiempo.

De acuerdo al octavo objetivo la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general, los resultados muestran que la percepción de la salud en general fue de un 56.4% de mujeres pre menopáusicas tuvieron una regular calidad de vida.

Estos resultados se puede verificar por el investigador Guerrero (2012) quien realizó una investigación titulada “Conocimientos y Autocuidado en la menopausia en mujeres de la parroquia Paquisha- Ecuador”, afirman que las mujeres en su investigación no tienen conocimientos sobre la menopausia, es así que el 69,89 % manifiesta definiciones incorrectas de la misma y un 86,02% del grupo no conoce que alimentos deben consumir durante esta etapa; más de la mitad (51,61%) de las

mujeres no señalan que ejercicios o que actividades deben realizar; en cuanto al control médico conocen que deben ir al control cada tres y seis meses.

Por otro lado Barrientos y Casas (2013) realizaron una investigación titulada “Prácticas de autocuidado en salud y conocimiento que tienen mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo peri menopáusico, Valdivia”, demuestran en sus resultados que un 16.1% de las informantes no conocen la definición de climaterio, sin embargo, sí reconocen en su mayoría la sintomatología propia de este periodo y medidas no farmacológicas para aliviar estos síntomas. En cuanto a las prácticas de autocuidado, la mayoría de las mujeres asiste a control ginecológico en un 79%, el 66% consume alimentos saludables durante la semana, evita el consumo de alcohol 64.5% y cigarrillo 71% y no utilizan medidas farmacológicas 79%.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

PRIMERA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida de mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, esto significa que a mayor prácticas de autocuidado durante el periodo pre menopáusico, existirá una mejor calidad de vida lo que explicaría la importancia y relevancia social que la presente investigación tiene, ya que mejorará la calidad de vida en las mujeres pre menopáusicas del Programa Vaso de Leche de la ciudad de Juliaca. Además el 50.5% presentaron una práctica de autocuidado saludable, en el nivel de calidad de vida un 48.5% que presentaron una regular calidad de vida.

SEGUNDA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida en la dimensión de la funcionalidad Física de mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, esto quiere decir que a mayor ejercicios físicas habrá mayor calidad de vida y eso conllevará a mantenerse a un buen estado físico en mujeres pre menopáusicas del Programa Vaso de Leche de Juliaca. Se afirma que el 48.5% de mujeres pre menopáusicas presentan una regular calidad de vida.

TERCERA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación inversa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida en la dimensión funcionalidad social de mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de Juliaca, esto quiere decir al tener mayor practica de autocuidado se tendrá menor funcionalidad social en mujeres pre menopáusicas. Asimismo el 46.5% presentaron una regular calidad de vida.

CUARTA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de Juliaca, además se puede afirmar que a mayor practica mayor será la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, tendrá un beneficio en el conjunto de mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche. También que el 33.7% tuvieron una buena o mala calidad de vida.

QUINTA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales de mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche, así mismo podemos afirmar que cuando mayor practica se da al autocuidado mayor será la calidad de vida en la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales mejorará su estado emocional como la alegría, ganas de vivir entre otros, lo cual quiere decir que la importancia es social ya que esto afecta al grupo investigado. También se concluye que el 37.6% de mujeres pre menopáusicas en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales presentaron una mala calidad de vida.

SEXTA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida en la dimensión de estado mental en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de Juliaca, se concluye que a mayor práctica de autocuidado mayor calidad de vida en el estado mental ya que esto repercute en cómo mejorar su estado emocional además esto es un aporte teórico de saber en qué estado emocional están en las mujeres pre menopáusicas beneficiadas del Programa Vaso de Leche. Además se concluye que en la dimensión del estado mental un 54.5% presenta una regular calidad de vida.

SÉPTIMA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga de mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de Juliaca, quiere decir que a mejor práctica del autocuidado mayor será la energía y menor la fatiga respecto al cansancio por los síntomas que trae la menopausia, esto es un beneficio individual ya que dependerá de las mujeres pre menopáusicas mejorará sus prácticas de autocuidado para así poder lograr un excelente calidad de vida. Se concluye también que un 53.5% presentaron un nivel regular de calidad de vida en la dimensión de energía y fatiga.

OCTAVA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida en la dimensión de dolor en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de Juliaca, también podemos decir que a mayor practica de autocuidado mayor será la calidad de vida en la dimensión dolor quiere decir que el dolor disminuirá ya que la práctica de autocuidado mejorará, además podemos afirmar que es un beneficio personal de no sentir dolor alguno y mejorar la práctica del

autocuidado. Además se concluye que el 58.4% presentaron un nivel regular calidad de vida en la dimensión de dolor.

NOVENA: A un nivel de significancia del 5%, existe correlación directa y significativa entre las prácticas de autocuidado y el nivel de calidad de vida en la dimensión de Percepción de la salud en general en mujeres pre menopáusicas beneficiarias del Programa Vaso de Leche de Juliaca, aseguramos que la buena práctica del autocuidado tendrá repercusión con la mejora de la calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general, esto beneficiará a las mujeres pre menopáusicas del Programa Vaso de Leche en tomar mayor importancia las practicas del autocuidado ya que beneficiará en forma directa con su calidad de vida, además es un aporte social y cultural para que tengan conciencia de cómo mejorar su calidad de vida mediante la práctica del autocuidado. Además se concluye que el 56.4% tuvieron una regular calidad de vida en la dimensión de percepción de la salud en general.

2. Recomendaciones

PRIMERA: Recomendamos a la Municipalidad Provincial de San Román del Programa Vaso de Leche, que brinde sesiones implementando programas educativos sobre prácticas adecuadas de autocuidado a mujeres pre menopaúsicas con sesiones educativas que puede realizarse cada 15 días en coordinación con el Ministerio de salud para que faciliten la participación de profesionales en el área, de tal forma que mejorarán su calidad de vida realizando actividades físicas como la práctica del vóley, fútbol, baile, estos son los deportes que tienen mayor actividad física por lo tanto se adecuaran a su vida cotidiana.

SEGUNDA: Se recomienda a la municipalidad provincial de San Román del Programa Vaso de Leche, que integre a las mujeres pre menopaúsicas en actividades sociales como reuniones, cenas, caminatas, paseos con grupos sociales para que así mejoren su interrelación con las personas dentro y fuera de su hogar.

TERCERA: Se recomienda a la Municipalidad Provincial de San Román del Programa Vaso de Leche, realizar convenios con otras instituciones a fin de realizar campañas de salud mensuales y gratuitas para mujeres pre menopaúsicas sobre despistajes de enfermedades como son: cáncer de mama, osteoporosis, artritis a través de la densitometría ósea, cáncer de cuello uterino mediante el examen de papanicolaou, y la prevención de la mismas para así mejorar su calidad de vida.

CUARTA: Recomendamos a la Municipalidad Provincial de San Román del Programa Vaso de Leche, realizar convenios con Universidades y Centros de Salud mental para que apoyen con profesionales de psicología realizando consejería y estos a su vez puedan atender problemas emocionales a las mujeres pre menopáusicas tales como: ansiedad, depresión, estrés, incapacidad de solucionar problemas y violencia familiar.

Recomendamos al programa de vaso de leche de la Municipalidad Provincial de San Román, a realizar sesiones educativas en convenio con el ministerio de salud sobre la prevención de signos y síntomas clínicas propias de la pre menopausia, como son: la menstruación irregular, tensión nerviosa, tristeza y angustia, dolor de pechos (mamas), sofocaciones (bochornos), migrañas, aumento de deseo sexual, aumento de peso, para que así mejoren su práctica de autocuidado y por ende su calidad de vida.

Referencia Bibliografía

- Actis, W., Prada, M. A., & Pereda, C. (2004). Salud y estilos de vida en España. *Madrid : FUNCAS*, 1-152.
- Acuña, y., & Cortes, R. (2012). *Promoción de estilos de vida saludable área de salud de esparza*. tesis para optar el grado de magister scientiae en gerencia de la salud , Instituto centroamericano de administracion , San Jose .
- Aguila, R. (5 de abril de 2012). *voz ciudadana*. Recuperado el 1 de abril de 2015, de sitio web de Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor:
<http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- Alvarez, F. (2011). *Salud ocupacional* . Bogota: Ecoe ediciones .
- Arellano, R. (2005). *Los estilos de vida en el Perú cómo somos y pensamos los peruanos del siglo XXI*. Lima: Litho & Arte S.A.C.
- Barrientos, F., & Casa, K. A. (2013). *Practicas de autocuidado en saludy conocimiento que tienen mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo perimenopausico*. Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- Bennassar, M. (2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios*. tesis para optar el grado de doctor por la universitat de les illes balears, Universitat de les illes balears, Valldemossa.
- Bermudez, J., Caceres, M. E., & Green, L. A. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas, universidad nacional autonoma de honduras, 2011. *Revista medica de honduras*, 1-62.
- Cabo, J. (2014). *Gestion de la calidad en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Ediciones diaz de santos.
- Cairo, H. (2002). Estres laboral un síndrome cada vez mas expandido. *Publicacion mensual de woman* , 14-15.
- Calsin, D. S., & Quispe, I. L. (2013). Relación entre estilo de vida y estres laboral del personal de enfermeria.

- Carranza, B., & Proaño, C. (2011). *Menopausia*. Recuperado el 02 de Abril de 2015, de <http://www.telegrafo.com.ec/>:
<http://www.telegrafo.com.ec/de7en7/item/una-consultita.html>
- Chacon, R. (1997). *Instituto nacional de oncologia y radio biologia burnout en enfermos que brindan atencion a pacientes oncologicos*. La Habana: Cunana Ñoclo .
- Charaja, F. (2004). *Invesyigación científica*. Puno: Nuevo Mundo.
- Cordoba, R., cabezas, C., Camarelles, F., Gómez, J., Diaz, D., Marqués, F., . . . al, e. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *atencion primaria*, 16-22.
- Cremades, J., López, M. J., & Orts, I. (s.f.). Factores laborales estresantes en unidades médicas: herramienta para mejora de la calidad . *Comunicaciones presentadas al VI congreso nacional SCELE.Comunicaciones orales* , 1-4.
- Dois, A., Perez, C., & Gomez, C. (2003). Instrumento de Valoración de Enfermería: Una aplicación del modelo de Dorotea Orem. *Revista Horizontte de Enfermería*, 14.
- Esteban, A. (2009). *Promocion de la salud y apoyo psicologico*. Madrid: Editorial editek.
- Fernández, B., Vidal, T., Castrechini, A., Hidalgo, C., Palavecinos, M., & Herranz, K. (2008). *Psicología de la ciudad debate sobre el espacio urbano*. Barcelona: Laburo tv.
- Frutos, J., & Royo, M. A. (2006). *Salud pública y epidemiologia*. ediciones Diaz de santos.
- Gaeta, M. L., & Hernandez, P. (2009). Estres y adolescencia : estrategias de afrontamiento y autorregulacion en el contexto escolar. *Revista de humanidades*, 327-344.
- Grimaldo, M. P. (2010). calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento psicologico*, 17-38.

- Guerrero, D. C. (2012). *Conocimientos y Autocuidado en la menopausia en mujeres de la parroquia Paquisha*. Ecuador.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: Publicaciones McGraw-Hill Interamericana.
- Houtman, I., & Jettinghoff, K. (2008). *Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo*. Coyoacan: ediciones oms.
- Huber, D. (2004). *Liderazgo y administracion en enfermeria* . Publicaciones interamericana .
- Ibañez, V. (2007). *Estadística aplicada a la educación*. PUno: Edicion Universitaria.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2011). *Encuesta demográfica y de salud familiar, Nacional y departamental*. Lima: Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI.
- Lecca, S. M., & Pinchirumy, N. (2012). *Relacion entre nivel de conocimiento y la actitud frente al climaterio*. Tarapoto.
- Lopategui, E. (2000). *El concepto de la salud*. Recuperado el 2 de abril de 2015, de sitio web del concepto de la salud:
<http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
- López, F., Soares, & Roberto, D. (2011). Síntomas climatéricos y calidad de vida de usuarios de consultorios de atención primaria de salud, Santiago. *Rev Med Chile*, 618-624.
- Lozano, J. A. (2011). *La nutricion es conciencia*. Barcelona: publicaciones GLG creativos .
- Macedo, L., Nava, R., & Valdes, B. (2001). El estilo de vida, factor de riesgo en la causalidad de las enfermedades y accidentes de trabajo. *revista latinoamericana de la salud en el trabajo*, 93-95.
- Mamani, S. B. (2012). *Estilos de vida saludable que practica en profesional de enfermeria del hospital Daniel A. Carrión (Essalud-calana) Tacna-2012*. Tesis para optar el titulo profesional de enfermeria , Universidad nacional

Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Tacna.

- Maquera, P. K. (2012). *Calidad de vida y nivel de autoestima en mujeres climatericas del hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio- Diciembre 2012*. Tacna.
- Marquez, S., & Garatachea, N. (2012). *Estilos de vida y actividad física*. Madrid: ediciones de diaz santo.
- Matalinares, M. L., Sotelo, L., Sotelo, N., Arenas, C., Diaz, G., Dioses, A., . . . Pareja, C. (2009). Juicio moral y valores interpersonales en estudiantes de secundaria de las ciudades de Lima y Jauja. *Revista en investigacion de psicologia*.
- Mestas, Y., & Visa, N. (2012). *Estilos de vida de las enfermeras del hospital regional Manuel Nuñez Butron y ESSALUD Puno -2011*. Tesis para optar el titulo profesional de licenciada en enfermeria , Universidad Nacional del Altiplano , Puno, Puno.
- Monterrosa, Á., Carriazo, S. M., & Ulloque, L. (2012). Prevalencia de insomnio y deterioro de calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el Caribe Colombiano. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(1), 36-45.
- Monterrosa, A., Paternina, A., & Romero, I. (2011). La calidad de vida de las mujeres en edad media varia segun el estado menopausico. *IATREIA*, 24, 136.
- Moya, R. (2004). *Probabilidad e inferencia estadistica*. Lima: San Marcos.
- Mullisaca, T. L., & Paricela, M. N. (2013). *Factores laborales y estrés laboral de las enfermeras del hospital carlos monge medrano - juliaca, 2013*. Tesis para obtener el titulo profesional de licenciada en enfermeria , Universidad Peruana Unión , Puno, Juliaca.
- Oblitas, L. A. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Mexico: cengage learning editores S.A.
- OPS. (2000). *Organizacion panamericana de la salud* . Recuperado el 15 de marzo

de 2015, de sitio web de la organizacion panamericana de la salud :
<http://www.paho.org/per/>

- Orem, E. D. (1993). *Modelo de orem la teoria de enfermeria una teoria general* .
 madrid : Masson.
- Organización Mundial de la Salud. (4 de Febrero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*.
- Organizacion Mundial del Trabajo . (2006). Factores Psicosociales del trabajo.
revista de la Organizacion Mundial del Trabajo , 5-10.
- Oteo, L. ä. (2006). *Manuales de dirección medica y gestion clinica* . Barcelona :
 Ediciones Díaz de Santos.
- Parra, L., Ortiz, N., Barriga, O., Guillermo, H., & Neira, M. E. (2006). Efecto de un taller vivencial de orientacion humanista en la auto-actualizacion de adolescentes de nivel socioeconomico bajo. *Revista ciencia y enfermeria*, 61-72.
- Pedraza, Y. P. (2014). *Efectividad del programa educativo innovador en el nivel de conocimiento sobre prevención de osteoporosis de las mujeres en el climaterio*. Lima.
- Pinto, C. W. (2011). *Ejercicio físico acuático en la mejoría de la calidad de vida de la mujer menopáusica*. Granada: Editorial de la universidad de Granada.
- Ponte, M. V. (2010). *Estilo de vida de los estudiantes de enfermeria, segun año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2010*. Tesis para obtener el titulo profesional de licenciada en enfermeria , Universidad nacional Mayor de San Marcos , Lima , Lima.
- Prada, M. (2007). La salud laboral. En J. Rodes, J. M. Pique, & T. Antoni, *Libro de salud del hospital clinic de barcelona y la fundacion BBVA* (págs. 149-156). Barcelona: Editorial Nerea S.A.
- Prat, A. (2007). El estilo de vida como determinante de la salud. En J. Rodes, J. M. Pique, & T. Antoni, *Libro de salud del hospital clinic de barcelona y la fundacion BBVA* (págs. 65-69). Barcelona: Editorial Nerea S.A.

- Quiroga, I. (2009). *Estilos de vida y condiciones de salud de los enfermeros*. Tesis para optar el título profesional de licenciada de enfermería, Universidad del aconcagua, mendoza.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (séptima edición ed.). Barcelona, España: EdiDe S.L.
- Rapado, A. (1999). *La salud de la mujer transtornos y enfermedades más frecuentes* (primera edición ed.). Madrid: Libertarias-prodhufi S.A.
- Rodriguez, M., & Nuñez, A. (2010). *Aproximación teórica sobre la fatiga y el sobreentrenamiento*. Buenos aires.
- Rojas, Á. S. (2003). *Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del asentamiento humano cerro El Sauce Alto del distrito de san juan de lurigancho 2001*. Lima.
- Rojas, S. (2012). *Desestresate liberate de la tensión y mejora tu vida*. Bogotá: editorial planeta colombiana .
- Rojo, F., & Fernández, G. (2011). *calidad de vida y envejecimiento: la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Madrid: fundacion BBVA.
- Ruiz, c., Garcia, A. M., Delclos, J., & Benavides, F. G. (2007). *Salud laboral conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. barcelona: Editorial Masson S.A.
- Sánchez, I., Ferrero, A., Aguilar, J. J., Climent, J. M., Conejero, J. A., Flórez, M. T., Zambudio, R. (2008). *Manual SERMEF de rehabilitación y medicina Física*. Buenos aires: Médica panamericana.
- Schalock, R. I., & Verdugo, M. á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos de personas con discapacidad intelectual . *revista española sobre discapacidad intelectual* , 21-36.
- Schalock, R. L. (2003). *Calidad de vida en la evaluación y planificación de programas: tendencias actuales* . Washington : american association on mental retardation .

- Silva, G. (2011). Los factores de estrés en cáncer de mama después del tratamiento: un enfoque cualitativo. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 688-695.
- Soriano, J. M. (2011). *Nutricion basica humana*. valencia: Maite simon.
- Tamames, E. (26 de octubre de 2009). *consumoteca*. Recuperado el 1 de Abril de 2015, de consumidores bien informados:
<http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida/>
- Thomae, M. N., Ayala, E. A., & Sphan, M. S. (2006). Etiologia y prevencion del sindrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista Catedra de medicina*, 153.
- Tobón, O. (2010). El autocuidado/ una habilidad para vivir. 1-12.
- Trucco, M., Valenzuela, P., & Trucco, D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *revista médica de chile*, 1453-1461.
- Valderrama, S., & León , L. R. (2009). *Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica*. Lima: San Marcos.
- Valera, R. (2011). *Santa biblia*. Brasilia: Sociedades bíblicas unidas.
- Verdugo, M. A., & Rodriguez, A. (2011). *Guía F de Intervención y Apoyo a Familias de Personas con Discapacidad*. Andalucia: Dirección General de Persona con Discapacidad.
- Viñas, M., Merino, P., Salazar, R., Castillo, E., & Morales, N. (2010). *Estilo de vida y conocimientos acerca de la salud del personal de administracion y servicios universitarios*. programa UNSTA saludable , Universidad del norte santo tomas de aquino, Tucuman.
- White, E. (2007). *El ministerio de curación*. Buenos Aires: Asociación Casa editora Sudamerica.
- Yabur, J. A. (2010). *Calidad de vida relacionada con la mujer Venezolana durante la perimenopausia y la posmenopausia (Vol. x)*. Caracas: Ateproca.

ANEXOS

Anexo 1: cuestionario de prácticas de autocuidado

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

1. Presentación:

Ante todo tenga usted un buen día somos bachilleres de la facultad de enfermería de la universidad peruana unión, solicito a Ud., su consentimiento para realizarle algunas preguntas que sean elaborado como parte de un estudio de investigación, con el objetivo de identificar las prácticas de autocuidado y la calidad de vida que realizan las mujeres pre menopáusicas (35- 45 años) en el programa de vaso de leche. Le agradezco sirva responder a todas las preguntas; teniendo en cuenta que este es de carácter anónimo.

Gracias.

2. Instrucciones:

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

- | | | |
|-------|----------------|-------------------------------|
| N | : Nunca | : nunca lo realiza |
| C.N. | : Casi Nunca | : una a dos veces a la semana |
| R | : Regular | : 3 veces a la semana. |
| C. S. | : Casi Siempre | : 4-6 veces a la semana |
| S | : Siempre | : todos los días |

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

- | | | |
|------|----------------|------------------------|
| N | : Nunca | : nunca lo realiza |
| C.N | : Casi Nunca | : una vez al año. |
| R | : Regular | : 2 veces al año. |
| C. S | : Casi Siempre | : 3-4 veces al año. |
| S | : Siempre | : + de 4 veces al año. |

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

- | | | |
|------|----------------|------------------------|
| N | : Nunca | : nunca lo realiza |
| C.N | : Casi Nunca | : 1 vez al mes. |
| R | : Regular | : 2 veces al mes. |
| C. S | : Casi Siempre | : 3 veces al mes. |
| S | : Siempre | : + de 3 veces al mes. |

3. Datos Generales:**Edad:****Nivel de Instrucción:**

Analfabeta () Primaria ()

Secundaria () Superior ()

Ocupación:

Ama de casa () Trabajo eventual () Trabajo estable ()

4. Datos Específicos:

El presente formulario comprende preguntas acerca desnutrición, actividad física, control médico, psicológico, autoestima, estado de ánimo, función cognoscitiva, relaciones interpersonales y sociales.

ÍTEMS	nunca lo realiza	1 a 2 veces a la semana	3 veces a la semana.	4-6 veces a la semana	todos los días
A. NUTRICIÓN					
1. ¿Consume Ud. Leche descremada o sus derivados?					
2. ¿Consume Ud. Café?					
3. ¿Consume Ud. Toronja (con su cascarilla)?					
4. ¿Consume Ud. Manzana?					
5. ¿Consume Ud. Naranja?					
6. ¿Consume Ud. Ensalada de verduras?					
7. ¿Consume Ud. pescado?					
8. ¿Consume Ud. huevo (con toda su yema)?					
9. ¿Consume Ud. Carne de pollo con todo su pellejo?					
10. ¿Consume Ud. margarina (danesa, sello de oro, otros etc.)?					
11. ¿Consume Ud. pastillas de calcio?					
	Nunca	1v/mes	2v/mes	3v/mes	+3v/mes

12. ¿Consumo Ud. Licor (aunque sea < de un vaso)?					
13. ¿Fuma Ud. Cigarrillos?					
B. ACTIVIDAD FÍSICA	nunca lo realiza	1 a 2 veces a la semana	3 veces a la semana	4-6 veces a la semana	todos los días
14. ¿Realiza Ud. Ejercicios?					
15. ¿Realiza Ud. caminatas de por lo menos 30 min. (sin apuros en plan de distracción)?					
C.CONTROL MÉDICO	nunca lo realiza	1 vez al año.	2 veces al año.	3-4 veces al año.	+ de 4 veces al año.
16. ¿Asiste Ud. a un control médico?					
17. ¿Se controla Ud. la presión arterial?					
18. ¿Se controla el peso?					
19. ¿Se realiza Ud. el autoexamen de mama?					
20. ¿Asiste Ud. a su examen de Papanicolaou?					
D.ATENCIÓN PSICOLÓGICA					
21. ¿Recibe o ha recibido atención de un psicólogo?					
E. AUTOESTIMA	nunca lo realiza	1 a 2 veces a la semana	3 veces a la semana.	4-6 veces a la semana	todos los días
22. ¿Cuida Ud. su apariencia personal?					
23.¿Se considera Ud. Atractiva?					
24.¿Se siente Ud. importunte?					
25. ¿Se siente Ud. apreciada por los demás?					
F.ESTADO DE ÁNIMO					
26. ¿Trata Ud. de evitar situaciones que la entristezcan?					
27.¿Trata Ud. de tranquilizarse cuando tiene problemas?					
28. ¿Con que frecuencia sale Ud. de casa para despejar su mente?					

G.FUNCIÓN COGNOSCITIVA					
29. ¿Trata Ud. de aprender cada día algo nuevo?					
30. ¿Lee Ud. por lo menos 30 minutos?					
31. ¿Memoriza Ud. algunos párrafos de lo que lee?					
32. ¿Utiliza Ud. un block de notas para programar sus actividades?					
H.RELACIONES INTERPERSONALES					
33. Conversa Ud. de sus sentimientos (alegrías, tristezas, preocupaciones, etc), con su pareja?					
34.¿Conversa Ud. de sus sentimientos con sus hijos?					
35. ¿Conversa Ud. de sus sentimientos con: familiares, amistades, etc.?					
I. CIRCUITO SOCIAL					
36. ¿Asiste Ud. a fiestas (familiares, polladas, bailes)?					
37. ¿Asiste Ud. a reuniones en su comunidad (con los vecinos, colegio, vaso de leche, etc.)?					
38. ¿Participa Ud. de actividades recreativas (vóley, paseos con su pareja)?					

5. Agradecimiento:

Le agradecemos por su participación en el desarrollo de la encuesta

Muchas gracias.

Anexo 2: cuestionario de salud sf- 36**CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36**

Marque con una sola respuesta:

1. En general, usted diría que su salud es:

- (1) Excelente (2) Muy buena (3) Buena (4) Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- (1) Mucho mejor ahora que hace un año
 (2) Algo mejor ahora que hace un año
 (3) Más o menos igual que hace un año
 (4) Algo peor ahora que hace un año
 (5) Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- (1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- (1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- (1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- (1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- (1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- (1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- (1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- (1) Nada (2) Un poco (3) Regular (4) Bastante (5) Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- (1) No, ninguno (2) Sí, muy poco (3) Sí, un poco
(4) Sí, moderado (5) Sí, mucho (6) Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- (1) Nada (2) Un poco (3) Regular (4) Bastante (5) Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas, en cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Muchas veces
(4) Algunas veces (5) Sólo alguna vez (6) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Muchas veces
(4) Algunas veces (5) Sólo alguna vez (6) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Muchas veces
(4) Algunas veces (5) Sólo alguna vez (6) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Muchas veces
(4) Algunas veces (5) Sólo alguna vez (6) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Muchas veces
(4) Algunas veces (5) Sólo alguna vez (6) Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Muchas veces
(4) Algunas veces (5) Sólo alguna vez (6) Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Muchas veces
(4) Algunas veces (5) Sólo alguna vez (6) Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Algunas veces
 (4) Sólo alguna vez (5) Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Algunas veces
 (4) Sólo alguna vez (5) nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) Algunas veces
 (4) Sólo alguna vez (5) Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé
 (4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé
 (4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé
 (4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé
 (4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

Anexo 3: Desarrollo de la escala de stanones para la práctica de autocuidado, calidad de vida y las 8 dimensiones de calidad de vida.

Desarrollo de la escala de stanones

Para clasificar el nivel de calidad se utilizó la escala de stanones que utiliza 3 dimensiones en este caso alto, medio, bajo en mujeres pre menopáusicas, realizada la investigación de enero- abril del año 2015, tuvo las siguientes resultados

1. Para la calidad de vida general

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media		2130.6436
Desv. típ.		607.20576

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X=2130.64$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS =607.21$$

$$a=X-0.75(DS)$$

$$a=2130.64-0.75 (607.21)$$

$$a=1675.23$$

$$a= 1675$$

$$b= X +0.75(DS)$$

$$a=2130.64 -0.75 (607.21)$$

$$b=2586.04$$

$$b=2586$$

Nivel de calidad de vida

Mala calidad : 0 – 1675

Regular calidad : 1676 –2586

Buena calidad : 2587 – 3600

1.1. Datos para hallar la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media		664,8515
Desv. típ.		192,22962

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X=664.85$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS =192.22$$

$$\begin{aligned}
 a &= X - 0.75(DS) & b &= X + 0.75(DS) \\
 a &= 664.85 - 0.75 (192.22) & b &= 664.85 + 0.75 (192.22) \\
 a &= 520.685 & b &= 809.01 \\
 \mathbf{a} &= \mathbf{521} & b &= \mathbf{809}
 \end{aligned}$$

Nivel de calidad de la dimensión funcionalidad física

Mala calidad : 0 – 521
 Regular calidad : 522– 809
 Buena calidad : 810 –1000

2. Datos para hallar la calidad de vida en la dimensión Funcionalidad Social

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media		115.0990
Desv. típ.		36.58538

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X = 115.09$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 36.58$$

$$\begin{aligned}
 a &= X - 0.75(DS) & b &= X + 0.75(DS) \\
 a &= 115.09 - 0.75 (36.58) & b &= 115.09 + 0.75 (36.58) \\
 a &= 87.65 & b &= 142.52 \\
 \mathbf{a} &= \mathbf{88} & \mathbf{b} &= \mathbf{143}
 \end{aligned}$$

Nivel de calidad de la dimensión funcionalidad social

Mala calidad : 0–88
 Regular calidad : 89–143
 Buena calidad : 144–200

1. Datos para hallar la calidad de vida en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media		229,7030
Desv. típ.		153,97698

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X = 229.70$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 153.97$$

$$a = X - 0.75(DS)$$

$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 229.70 - 0.75 (153.97)$$

$$b = 229.70 + 0.75 (153.97)$$

$$a = 114.22$$

$$b = 345.17$$

$$a = 114$$

$$b = 345$$

Nivel de calidad de la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos

Mala calidad : 0 – 114

Regular calidad : 115 – 345

Buena calidad : 346 – 400

2. Datos para hallar la calidad de vida en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media	144,5545	
Desv. típ.	126,86627	

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X = 144.55$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 126.86$$

$$a = X - 0.75(DS)$$

$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 144.55 - 0.75 (126.86)$$

$$b = 144.55 + 0.75 (126.86)$$

$$a = 49.405$$

$$b = 239.69$$

$$a = 49$$

$$b = 240$$

Nivel de calidad de la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales

Mala calidad : 0 – 49

Regular calidad : 50 – 240

Buena calidad : 241 – 300

5. Datos para hallar la calidad de vida en la dimensión estado mental

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media	294,3564	
Desv. típ.	94,58505	

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X=294.35$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS =94.58$$

$$a=X - 0.75(DS)$$

$$b= X + 0.75(DS)$$

$$a=294.35-0.75 (94.58)$$

$$b=294.35 +0.75 (94.58)$$

$$a=223.415$$

$$b=365.285$$

$$a= 223$$

$$b=365$$

Nivel de calidad de la dimensión estado mental

Mala calidad : 0 – 223

Regular calidad : 224 – 365

Buena calidad : 366 – 500

6. Datos para hallar la calidad de vida en la dimensión Energía y Fatiga

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media	229,9505	
Desv. típ.	71,54892	

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X=229.95$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS =71.54$$

$$a=X - 0.75(DS)$$

$$b= X + 0.75(DS)$$

$$a=229.95 -0.75 (71.54)$$

$$b=229.95 +0.75 (71.54)$$

$$a=176.29$$

$$b=283.60$$

$$a= 176$$

$$b=284$$

Nivel de calidad de la dimensión Energía y Fatiga

Mala calidad : 0 – 176

Regular calidad : 177 – 284

Buena calidad : 285 – 400

7. Datos para hallar la calidad de vida en la dimensión dolor

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media	131,8317	
Desv. típ.	42,98094	

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X=131.83$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS =42.98$$

$$a=X - 0.75(DS)$$

$$a=131.83-0.75 (42.98)$$

$$a=99.595$$

$$\mathbf{a= 100}$$

$$b= X + 0.75(DS)$$

$$b=131.83 +0.75 (42.98)$$

$$b=164.06$$

$$\mathbf{b=164}$$

Nivel de calidad de la dimensión dolor

Mala calidad : 0 – 100

Regular calidad : 101 – 164

Buena calidad : 165 – 200

8. Datos para hallar la calidad de vida en la dimensión Percepción de la salud en general.

Estadísticos		
N	Válidos	101
	Perdidos	0
Media	320,2970	
Desv. típ.	98,97682	

1.-Se determinó el Promedio(X)

$$X=320.29$$

2.-Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS =98.97$$

$$a=X - 0.75 (DS)$$

$$a=320.29-0.75 (98.97)$$

$$a=246.06$$

$$\mathbf{a= 246}$$

$$b= X + 0.75 (DS)$$

$$a=320.29 + 0.75 (98.97)$$

$$b=394.51$$

$$\mathbf{b=395}$$

Nivel de calidad de la dimensión Percepción de la salud en general

Mala calidad : 0 – 246

Regular calidad : 247 – 395

Buena calidad : 396 – 500