



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN MUJERES URBANAS DE 45 A
59 AÑOS DE LA COMUNA DE FRUTILLAR 2006**

Tesis presentada como parte de los requisitos para
optar al **GRADO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA.**

ANITA MARIA PUGIN CAMPOS

VALDIVIA – CHILE

AÑO 2007

COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESORA PATROCINANTE

Sra. Liliana Martínez G.

Firma

PROFESORA INFORMANTE

Sra. Ximena Garate P.

Firma

PROFESORA INFORMANTE

Sra. Marta Santana S.

Firma

FECHA DE APROBACIÓN: _____

INDICE DE MATERIAS

CAPITULO	PÁGINAS
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Objetivo General	3
1.2 Objetivos Específicos	3
2. MARCO TEORICO	4
2.1 Transición Demográfica	4
2.2 Menopausia y Climaterio	5
2.2.1 Causas de mortalidad y morbilidad en la mujer	6
2.2.2 Características psicosociales y socioculturales en el climaterio	8
2.2.3 Sexualidad en climaterio y menopausia	9
2.3 Autocuidado en salud y teorías asociadas	10
2.3.1 Requisitos de autocuidado	12
2.3.2 Autocuidado en la menopausia	12
2.4 Políticas Públicas y Mujer	15
3. MATERIAL Y MÉTODO	17
3.1 Diseño metodológico	17
3.2 Diseño de la muestra	17
3.3 Recolección de información	17
3.4 Criterios de exclusión	18
3.5 Análisis de datos	18
3.6 Descripción de las variables	18
4. RESULTADOS	22
4.1 Características bio-sociodemográficas de la población en estudio	22
4.2 Distribución de prácticas de autocuidado	23
4.3 Relación de las prácticas de autocuidado con las variables bio-sociodemográficas	25
5. DISCUSIÓN	28
5.1 Perfil bio-sociodemográfico de la población en estudio	28
5.2 Prácticas de Autocuidado	29
5.3 Prácticas de Autocuidado en relación con las variables bio-sociodemográficas	30
6. CONCLUSIONES	32
7. BIBLIOGRAFIA	35
8. ANEXOS	41
8.1 Consentimiento Informado	42
8.2 Cuestionario Prácticas de Autocuidado Frutillar	43

INDICE DE TABLAS

TABLAS	PÁGINAS
Nº 1 Perfil de Riesgo, de las mujeres de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de Salud, pertenecientes al sector urbano de la comuna de Frutillar, según sus características bio-sociodemográficas, año 2006.	23
Nº2 Distribución numérica y porcentual de las Prácticas de Autocuidado a nivel general y en la dimensión biológica y psicosocial, de las mujeres de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de Salud, pertenecientes al sector urbano de la comuna de Frutillar, año 2006. (N=101)	24
Nº3 Significancia estadística de las Prácticas de Autocuidado según variables sociodemográfica, de las mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud de Frutillar, año 2006	26
Nº4 Características bio-sociodemográficas de las mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud de Frutillar año 2006.	47
Nº5 Relación de Practicas de Autocuidado según variables sociodemográfica, de las mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud de Frutillar, año 2006, analizadas por medio de significación estadística.	48
Nº6 Relación de Practicas de Autocuidado según Percepción de suficiencia del ingreso económico familiar, de las mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud de Frutillar, año 2006, analizada por medio de significación estadística.	49

RESUMEN

La mujer, entre los 45 años y los 59 años de edad, vive el climaterio, etapa en la que se incrementa la morbilidad y mortalidad. Y la promoción y prevención de la salud se vuelven necesarias, especialmente el concepto de autocuidado, que permite involucrar los múltiples factores que determinan la salud, incrementando las opciones de ejercer mejor control sobre esta y sobre el entorno, con metas claras orientadas a mejorar la calidad de vida y bienestar propio. Es así como, los objetivos de la presente investigación son determinar las prácticas de autocuidado más frecuentes y los factores que podrían condicionar la realización de dichas conductas, en este grupo de mujeres.

El estudio es de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo, desarrollado en la comuna de Frutillar, a través de la aplicación de encuestas estructuradas a una muestra de 101 mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud, las variables consideradas fueron prácticas de autocuidado en relación con: nutrición, actividad física, asistencia a control médico y de matrona, función cognoscitiva, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.

Los resultados muestran que el 81,2% del grupo de mujeres estudiadas realiza más del 50% de las acciones de autocuidado analizadas en forma saludable, predomina la dimensión psicosocial por sobre las del ámbito biológico, en este sentido la nutrición y la actividad física son las conductas con mayor déficit. El nivel educacional, especialmente el nivel básico es uno de los factores que condiciona un déficit en las prácticas de autocuidado.

Estos resultados, tienen relación con los nuevos pilares de la salud, donde la promoción tiene un papel fundamental, así como también el quehacer de la matronería, el cual responde a las necesidades cambiantes de la mujer, ofreciendo un escenario que permite fortalecer el rol de matrona o matrón dentro del contexto de salud pública.

Palabras Claves: Autocuidado, Climaterio, Menopausia

SUMMARY

The woman between the 45 and 59 years of age, lives the climacteric, stage in that increase the morbidity and mortality. And the health promotion and prevention is necessary, especially the concept of self-care, it allows to involve the multiple factors that determine the health, increasing the options to exert more control on this and on the environment, with clear goals direction to improve the quality of life and the well-being. Is such as, the objectives of this research are: to determine the more frequent practices of self-care and the factors that could condition the development of these conducts, in this women's group.

The study is quantitative, cross-sectional and descriptive type, developed in the city of Frutillar, through the application of surveys, to one sample of 101 women urban of 45 to 59 years, beneficiary from the public system of health, the variable consider were the self-care practices in relation with: nutrition, physical activity, medical and midwives check-up, mental function, self-esteem, mood states, interpersonal relations and social circulate.

The results show that a 81,2% of the woman's group study realize about 50% of the self-care actions analyse so that healthy, predominate the psycho-social dimension more than the practices of biologic ambit, in this respect the nutrition and the physics activity are the most deficient. The educational level, especially the basic level is one from the factors that have influence a deficit in the self-care practices.

These results, have relation to with the new pillars of the health, where the health promotion have a fundamental paper, as soon as, also the of the midwifery, which answers for the needs changes of the woman, a place that allow strengthen the paper of the midwives professional inside the context public health

Keys Words: Self-care, Climacteric, Menopause

1. INTRODUCCIÓN

La población chilena desde el año 1970 aproximadamente, vive un cambio biodemográfico, caracterizado por una mayor expectativa de vida, ocasionando una tendencia al envejecimiento de los habitantes, fundamentalmente de la mujer, que ha agregado un tercio a su vida más allá de la fertilidad, contribuyendo a la amplitud sociodemográfica de la menopausia.(INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS(INE), 2004) (SALAZAR, 2005)

La mujer vive entre los 45 años y los 59 años aproximadamente, el período de la menopausia y climaterio, etapa fisiológica que se caracteriza por la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva, asociada a signos y síntomas producto de la deficiencia estrogénica y elevación de las gonodotrofinas. (YANES, 2004)

En este grupo de mujeres, la carga de enfermedad está fuertemente dominada por las enfermedades del grupo II (enfermedades no transmisibles). Entre éstas destacan la artrosis, los trastornos de las vías biliares, las enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos, así como también el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino. Este perfil justifica intervenciones en salud diferenciadas para mujeres y según las diferentes etapas de su ciclo vital. (CONCHA, 1996)

El período climatérico en la vida de la mujer debe ser asumido como un problema de salud pública, según lo señalado por CASTRO (2000) ya que reúne las características habitualmente utilizadas en esta concepción, que a continuación se señalan:

i. Magnitud: el cambio en el perfil demográfico (franco envejecimiento) y epidemiológico (predominio de las enfermedades crónicas como causas de morbimortalidad), obliga a anticipar la provisión de servicios de salud adecuados a este segmento de la población, que seguirá aumentando en los próximos años.

ii. Trascendencia: las diferentes patologías crónicas (cardiovasculares, cánceres, osteoporosis) afectan significativamente la calidad de vida y representan un alto costo asistencial y de rehabilitación para el sector salud.

iii. Vulnerabilidad: en la actualidad se dispone de estrategias promocionales y preventivas (por ejemplo: Terapia de Reemplazo Hormonal), que muestran una alta relación costo-beneficio. Los resultados informados en la literatura al respecto, provienen de países

desarrollados, no necesariamente extrapolables a la realidad de nuestro país. La decisión de usar, o no, Terapia de Reemplazo Hormonal con fines preventivos de corto y largo plazo, debe balancear los riesgos y beneficios conocidos con las preferencias personales de la mujer.

De allí, la necesidad de considerar la concepción de la salud, desde la promoción y la prevención; donde ejerce gran importancia la Teoría del Autocuidado propuesta por OREM (1991), la cual se define: como un conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Así, al practicar el autocuidado se incrementaría la opción de ejercer mejor control sobre la propia salud y entorno, enriqueciendo la vida con un mejor bienestar; sin soslayar que el estado de bienestar dependerá de la seguridad, el amor, la pertenencia, la autoestima y la autorrealización que pueda alcanzar la persona adulta por si misma. (LAU, N. 2000)

El estudio a realizar se enmarca en la comuna Frutillar, debido a que esta ciudad presenta características similares con la población, tanto a nivel nacional, como regional, lo que permite una cierta representatividad de los resultados.

Específicamente la comuna de Frutillar, cuenta con una población total de 15.403 habitantes para un territorio de 831.4 Km², siendo la densidad poblacional promedio de 18.5 habitantes por Km², según el Censo realizado el año 2002, y la distribución porcentual urbana rural es de 58.4% y 41, 5% respectivamente.

En relación con la población femenina urbana-rural de la comuna de Frutillar, el grupo de edad de 45 a 59 años es de 1060, con 627 mujeres urbanas y 453 mujeres rurales. Según el Censo del año 2002, este grupo de mujeres presentan las siguientes características: 88% de alfabetización, el 64.2% pertenece a la religión católica, el 27.8% a la evangélica y el 7.9% pertenece a otras religiones. En relación con la discapacidad 30 mujeres tienen una o más discapacidades y el 29% de la población urbana de mujeres de 45 a 59 años es económicamente activa. (INE, 2002)

Según el informe técnico de Salud Municipal Frutillar durante el año 2004 en los establecimientos de salud, existió una baja cobertura de controles de climaterio, preferentemente la demanda de atención está orientada hacia controles ginecológicos y de morbilidades crónicas como la Hipertensión y Diabetes.

Considerando los antecedentes teóricos y de población, el problema que motiva la investigación está centrado en evidenciar ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado más

frecuentes y cuáles son los factores condicionantes de dichas conductas en las mujeres urbanas de 45 a 59 años de la comuna de Frutillar?

A través de esta investigación se podrán determinar que capacidades de agencia y prácticas de autocuidado desarrollan las mujeres estudiadas, así como también, que factores personales y del entorno influyen en dichas conductas. Por medio de estos datos, se podrán establecer las necesidades de promoción y prevención específicas y la priorización en la prestación de servicios. Además, se podrán generar proyectos y programas de intervención, evaluación y seguimiento en este grupo de mujeres.

1.1 OBJETIVO GENERAL

1. Conocer las prácticas de autocuidado de las mujeres urbanas de entre 45 a 59 años de la comuna de Frutillar y sus factores condicionantes.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características bio-sociodemográficas de la población en estudio, tales como: Edad, Lugar de control de salud, Nivel Educativo, Actividad Laboral, Orientación Religiosa, Relación de Pareja, Rol de jefatura de hogar, Percepción de suficiencia del ingreso económico familiar, Presencia de hijos en el hogar, Número de personas que viven en el hogar y Presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas.

2. Identificar las prácticas de autocuidado más frecuentemente realizadas por este grupo de mujeres, en los ámbitos de: Nutrición, Actividad Física, Control con médico, Control con matrona, Autoestima, Estado de Animo, Función Cognoscitiva, Relaciones Interpersonales y Circulo Social

3. Establecer relación entre las prácticas de autocuidado de la población en estudio y las variables bio-sociodemográficas (edad, nivel educativo, actividad laboral, orientación religiosa, relación de pareja, rol de jefatura de hogar, percepción de suficiencia del ingreso económico familiar, presencia de hijos en el hogar, número de personas a su cuidado y número de personas que viven en el hogar, presencia de enfermedades crónicas, establecimiento de salud al cual concurren)

2. MARCO TEORICO

2.1 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La transición demográfica es descrita como un proceso de larga duración en el que intervienen la mortalidad, la fecundidad y las migraciones internacionales. Chile se encuentra en estos momentos en una etapa avanzada de la transición demográfica hacia el envejecimiento de su población, con características como de moderada a baja natalidad y mortalidad, que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1% (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), 2002)

Durante los años 1970 y 2000, el país redujo sus tasas de crecimiento en un 42%. Esta disminución es un claro indicio de que la población de Chile ha sufrido una sucesión de cambios en las tasas de mortalidad, iniciado a mediados de la década del 60, y en especial, en las de natalidad, alcanzando en el quinquenio 1995-2000 un promedio de 2,21 hijos por mujer, afectando el volumen y la composición por edades de la población. Actualmente, la tasa global de fecundidad es del orden de 1,94 hijos por mujer y se estima que desde el año 2015 será de 1,85. (CEPAL, 2005)

Un dato importante de considerar es el llamado proceso de “feminización de la población adulta mayor”, según el cual, el porcentaje de mujeres en esta etapa de la vida es significativamente mayor al porcentaje de hombres, alcanzando una diferencia de 13.4 puntos porcentuales. Lo que se explica por la esperanza de vida al nacer, la cual para la población Chilena durante el periodo 1995 – 2000 se estimaba en 78.7 años para la mujer y 72.7 años para el hombre. En forma más actual, para el quinquenio 2005-2010 se estima que la esperanza de vida de la mujer en Chile es de 81.5 años y para el hombre es de 75.4 (INE, 2004)

Con respecto al estado civil del adulto mayor, se puede constatar que el 53.4% de ellos está casado, el 26.6% es viudo, siendo importante la predominancia de la viudez femenina. (INE, 1999)

En relación a la actividad productiva, la inactividad alcanza al 58% de la población adulta mayor masculina, mientras que la femenina alcanza un 88%, mostrándose un aumento a medida que avanza el rango etareo. La principal razón de la inactividad es la “jubilación o pensión”, donde existe un claro predominio masculino. La segunda razón es “quehaceres del hogar”, donde claramente la predominancia es femenina. (INE, 1999)

Con respecto a la recreación, se hace notar que la participación de la población adulta mayor en organizaciones sociales alcanza un 36.8%, teniendo mayor prevalencia la población femenina. Las organizaciones que tienen mayor número de participación son las organizaciones comunitarias y religiosas. (INE, 1999)

Al igual que en países desarrollados, la tendencia al envejecimiento que experimenta la población chilena, afecta la demanda de bienes y servicios que requiere la población, principalmente en el área económica, de salud, de educación, seguridad social y recreación.

2.2 MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

El climaterio es un periodo fisiológico que caracteriza la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva de la mujer. Se inicia alrededor de los 45 años y finaliza al comenzar la senectud (59 años). (YANES, 2004)

El climaterio se divide en tres etapas: Perimenopausia: comprende desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia, Menopausia: después de 12 meses de amenorrea continua; Postmenopausia: período entre 5 y 10 años subsiguientes a la ocurrencia de la menopausia. (LUGONES, 1997)

La edad de aparición de la menopausia es variable. Se acepta que puede ocurrir entre 35 y 55 años, como promedio 50 años. Por debajo de los 40 años se considera temprana y por encima de los 52 años, tardía. (LUGONES, 1997)

El climaterio es la consecuencia de una menor actividad endocrina del ovario, sobre todo de los estrógenos. La menopausia se produce al interrumpirse el ciclo ovárico. En el climaterio se producen cambios anatomofuncionales primarios de los ovarios, pero algunos estudios demuestran que con la edad se producen cambios a nivel hipotálamo- hipofisario e incluso cerebral, que contribuyen a la pérdida de los ciclos reproductivos y que son consecuencia del fallo ovárico. En las etapas de transición (premenopausia y menopausia) se pueden hallar concentraciones de las hormonas de la reproducción similares a las del período reproductivo (LUGONES, 1997)

En la Hipófisis la falta de *feedback* estrogénico a través del hipotálamo, provoca un aumento de FSH y LH. El primero es más precoz, pero luego se igualan. La elevación de los niveles de FSH constituye uno de los primeros signos del envejecimiento de la función reproductiva en el ser humano; el aumento de ambas caracteriza el estadio hipergonadotrópico propio de la postmenopausia.

Los cambios en la hipófisis y el hipotálamo repercuten sobre el equilibrio de las monoaminas del SNC y son la causa de los sofocos, cambios de carácter y alteraciones psíquicas, además el hipoestrogenismo actúa en forma negativa en el desarrollo de funciones propias del SNC, como son: la memoria, concentración, la atención y el aprendizaje. (LUGONES, 1997) (ARTEAGA 2001)

La falta de estrógenos eleva la paratohormona y desciende la calcitonina, resultando de aquí una movilización de calcio y una tendencia a la disminución de la masa ósea. Por otra parte, el descenso de los estrógenos produce alteraciones en el perfil lipídico, que se caracterizan por una elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), formadas fundamentalmente por colesterol y por un descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL). (LUGONES, 1997).

Por otra parte, a nivel de útero y vagina: el útero se atrofia y reduce su tamaño y el endometrio deja de menstruar y se retrae, aunque a veces persiste en proliferación y hasta con hiperplasia. La vagina se adelgaza y atrofia y en su exudado desaparecen las células glucogénicas y carbopícnóticas. Además, hay sequedad vaginal, dispareunia y prurito.

El periné también se relaja, pues los músculos perineales conservan su función y su tono por la acción de los estrógenos. Otro tanto ocurre con los ligamentos del útero que se relajan y atrofian. La consecuencia de todo esto es que la mujer se hace propensa a los prolapsos y descensos de los genitales, con síntomas tales como tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria. (LUGONES, 1997)

En Chile según BLÜMEL (1998), en una población general de mujeres de 45 a 59 años de edad, el síndrome climatérico se presenta en el 62% de las perimenopáusicas, persistiendo en el 35% de las mujeres con más de 5 años de menopausia, afectando la calidad de vida y contrapesando el beneficio que significa para algunas mujeres el cese de las menstruaciones y la fertilidad.

Desde otro punto de vista, existen posibilidades de solución frente a la disminución de estrógenos que se producen en este período, por ejemplo los fitoestrógenos, los cuales son compuestos no esteroideos bioactivos de origen vegetal, que pueden comportarse como agonistas o antagonistas de los estrógenos. Lo que significa que estos compuestos podrían tener efectos beneficiosos a nivel de prevención de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y cáncer. En la actualidad, no existen estudios concluyentes, pero si se recomienda su consumo. (GARRIDO, 2003)

2.2.1 Causas de mortalidad y morbilidad en la mujer

Según el Anuario de Estadísticas Vitales (2003), la mortalidad del grupo de mujeres chilenas de 45 a 59 años representa el 10.8% del total de muertes femeninas y al dividirlo por quinquenios cada grupo representa: 45-49 años (2.6%); 50-54 años (3.5%); 55-59 años (4.6%). Las causas de muerte más frecuentes de dichos grupos son: enfermedades cerebrovasculares, cáncer de mama, tumor maligno de vesícula biliar, enfermedades crónicas del hígado y cáncer cervicouterino, sin grandes diferencias entre los grupos quinquenales.(INE, 2003)

Según lo informado por el Servicio de Salud de Llanquihue Chiloé Palena, durante el año 2002 fallecieron 218 mujeres de 45 a 64 años de edad, representando el tercer grupo con mayor mortalidad (18.8%), las causas descritas son las siguientes: en primer lugar 46,3%, por tumores y neoplasias; en segundo lugar con un 17,8% enfermedades del sistema circulatorio; en tercer lugar con un 9,1% enfermedades del sistema digestivo; en cuarto lugar con un 6,4% enfermedades del sistema respiratorio y finalmente en igual porcentaje (5%) enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y debido a causas externas.

En relación con la morbilidad, la literatura revisada señala que, a medida que las mujeres se acercan a la menopausia, aumentan las enfermedades cardiovasculares. Es así como, la diabetes mellitus, el tabaquismo y el alcohol son importantes factores de riesgo para el desarrollo de cardiopatía isquémica, ocupando uno de los primeros lugares como causa de muerte entre las mujeres de la región. Diversas investigaciones han demostrado que la presencia de diabetes en las mujeres triplica el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica. (ORTIZ, 2002)

En cuanto a la carga de enfermedad que representan tanto el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama. Actualmente se sabe que el cáncer cervicouterino es causado por una infección con ciertos virus del papiloma humano (VPH) que se contagia por transmisión sexual. Las mujeres se infectan con estos virus entre los 20 y 30 años, y la mayor proporción de muertes anuales en la región está entre las mujeres de 35 a 54 años. Ocurre algo similar con el cáncer mamario, enfermedad por la cual mueren cerca de 30 mil mujeres al año en la región y representa la segunda causa de muerte por tumores malignos en las mujeres chilenas mayores de 25 años. (INE, 2001).

Los factores de riesgo asociados al cáncer de mama son la edad(aumenta progresivamente con ella), historia personal de cáncer de mama, antecedentes familiares de cáncer de mama, obesidad, primera menstruación antes de los 11 años, no haber tenido embarazos, menopausia tardía, y otros cánceres como endometrio, ovarios o colon. No obstante, un importante porcentaje de cáncer mamario es detectado en mujeres sin factores de riesgo. (ORTIZ, 2002)

En relación con la morbilidad Hospitalaria, la Superintendencia de Isapres (2003) señala que de 37163 mujeres de 45 a 64 años, el 30% fue hospitalizada por tumores o neoplasias, el 13%

por enfermedades del sistema digestivo, el 12% por enfermedades del sistema genitourinario, el 9% por enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo y el 7% por causas del sistema circulatorio.

2.2.2 Características psicosociales y socioculturales en el climaterio

El climaterio es, en sentido amplio, un evento biográfico cuya construcción se basa en las diversas opiniones, en las tradiciones populares, en el discurso del proceso desde las ciencias biológicas y desde las sociales. (PELCASTRE, 2001)

Generalmente la menopausia se ha asociado con cambios de carácter y labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas, el más frecuente es la Depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico y éste la triptofanciclooxigenasa que transforma el hidroxitriptófano en serotonina. Un déficit de esta última es la que genera Depresión.

Los hábitos, las costumbres, la educación, el trabajo, la religión, los mitos hasta el clima influyen en las manifestaciones que pueden presentarse. (GARCIA, 2003)

Tradicionalmente la menopausia se considera un aspecto íntimo correspondiente a la vida privada de las mujeres. Se podría decir que la menopausia constituye, junto con las enfermedades psicosomáticas y la Depresión, “las enfermedades del silencio”. (PELCASTRE, 2001)

La mala percepción del climaterio se relaciona con un estereotipo creado por un patrón genosocial, donde la menopausia tiene asignados síntomas perjudiciales, tanto en términos biológicos y físicos, como conductuales. La disminución de la autoestima por el deterioro de la auto imagen, la cual está relacionada con los cambios físicos: disminución o aumento excesivo de peso, los sentimientos relacionados con el rechazo físico o sexual de su pareja y la satisfacción personal disminuída. (ARTILES, 1998)

Para las mujeres de entre 40 y 50 años la menopausia es una preocupación y un alivio; la primera está relacionada con síntomas como intensas hemorragias, bochornos y dolores de cabeza referidos por otras mujeres de mayor edad cuya experiencia no ha sido muy favorable. El alivio se presenta ante la desaparición del constante temor a quedar embarazadas, junto a ello aparece también una atribución de orientación negativa relacionada con el envejecimiento, cuya caracterización se basa en ideas como pérdida de energía, “achaques” e imposibilidad de cumplir con su papel social reproductivo. En el grupo de edad de 50 a 60 años, se concibe la

menopausia como una desesperación, una enfermedad muy fea, un malestar, un proceso de pérdida de vida, pérdida de la razón, pérdida de fertilidad, que se vive con intensos bochornos. (PELCASTRE, 2001)

Según otros autores las mujeres en este período piensan que esta es una etapa de crisis vital con oportunidades para la autorrealización y cambios positivos en los estilos de vida, con vistas hacia un mayor desarrollo, también señalan que el bienestar psicológico mejora a medida que la mujer entra en los últimos estadios de la transición menopáusica. (GARCIA, 2003)

En relación con la menstruación PELCASTRE (2001), señala que ésta, es un elemento decisivo del significado de ser mujer, cuando desaparece, las mujeres sienten haber perdido una parte de sí mismas, de lo que las define e identifica. Además, la menopausia, influye de manera importante en el significado del rol social de la mujer, la forma en que se concibe el envejecimiento, la fuente de información, la actitud, la comunicación y el concepto de pareja.

En el ámbito familiar, la etapa climatérica coincide con cambios que se producen en la dinámica familiar, época en la cual los hijos crecen y hacen su vida independiente, la mujer se siente sola y con pérdida de su papel protagónico socialmente establecido, lo cual también ocurre cuando los hijos conviven en el mismo espacio doméstico y comienzan los celos por las parejas de sus hijos. Las metas que hasta el momento habían sido el motor de su realización personal pueden verse frustradas si sus intereses giraban solamente o de manera predominante sobre la atención a los hijos, todo esto tiene una fuerte determinante cultural. (ARTILES, 1998) (LUGONES, 1999) (GARCIA, 2003)

En cuanto a la influencia de la vida laboral en la satisfacción y el bienestar de las mujeres, se ha demostrado que en las últimas décadas aparece una fuerte relación entre la satisfacción laboral y satisfacción de vida. La vida laboral constituye para la mujer, como para el hombre, una fuente importante de gratificaciones, relaciones sociales positivas y sentido de identidad. Sin embargo, cuando existen conflictos en el área laboral puede afectarse el bienestar psicológico. También la proximidad de la jubilación puede constituir una situación estresante ante la cual la mujer deberá movilizar sus recursos de afrontamiento. (GARCIA, 2003)

La influencia sociocultural y familiar sobre el síndrome climatérico, está también condicionada por variables de personalidad, tales como las metas y las habilidades de afrontamiento. La personalidad de la mujer que llega a la etapa del climaterio condicionará el afrontamiento a la misma y por ende, su bienestar. En general, la auto confianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital, así como la autodeterminación y habilidad de competencia. Se puede considerar, que la mujer climatérica que posea altos niveles de

autoestima y extraversión (en tanto apertura a las experiencias y la proyección de futuro que esta conlleva) tendrá una mayor propensión al bienestar psicológico. (GARCIA, 2003)

2.2.3 Sexualidad en climaterio y menopausia

La sexualidad se reconoce en todas las épocas de la vida como una fuerza integradora de la identidad, que contribuye a fortalecer y/o producir vínculos integrales, además de ser el placer sexual, fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual, que cuando está libre de conflictos y angustias promueve el desarrollo personal y social.(MARTINEZ, 2002)

La mujer en período climatérico tiende a evitar las relaciones sexuales, debido a la disminución de la libido, a la presencia de la dispareunia y anorgasmia, unido al probable desconocimiento de su sexualidad en esta etapa, lo que junto a la sintomatología psíquica y a las alteraciones de la dinámica familiar determinan el deterioro de la autoestima, fenómeno que según un estudio descriptivo, transversal en Cuba, predomina en las mujeres que se encuentran en la etapa posmenopáusica. Según dicho estudio, el 84.6% de ellas evitan las relaciones sexuales, frente a un 40,6% del grupo perimenopáusico, además el 75% presenta disminución de el deseo sexual e insatisfacción en la posmenopáusica y un 59,6% en las perimenopáusicas. (LUGONES, 1999) (GARCIA, 2003)

En cuanto a los sentimientos en las relaciones de pareja, las mujeres expresan que los hombres las tienen sólo para satisfacerles sexualmente, lo cual convierte en una obligación asumida hacia el marido; en general no comparten la vivencia del proceso menopáusico con sus parejas y manifiestan cómo el deseo sexual desaparece de ellas, adjudicando este hecho a la edad; esto no sucede en los hombres, dicen las mujeres, pues su deseo permanece constante. (PELCASTRE, 2001)

Es importante tener presente, que los trastornos de la sexualidad en las mujeres de edad media, no son exclusivamente el resultado de los cambios biológicos que sufre la mujer en esta etapa, sino que, es el resultado del desequilibrio en los factores psicológicos, culturales y biológicos, ya que si los factores socioculturales están resueltos se puede lograr una armonía existencial, social y sexual. (MARTINEZ, 2002)

Como alternativa de solución surge la estrógenoterapia que es un tratamiento con el que se puede lograr un alivio en los síntomas genitales, que incrementa la síntesis de óxido nítrico y contribuye a mejorar el flujo sanguíneo hacia el clítoris, también disminuyen la incontinencia urinaria, pero no afecta el deseo sexual. Y en el caso de los andrógenos, podrían tener un efecto benéfico aumentando el deseo sexual, especialmente en mujeres jóvenes con menopausia quirúrgica. (VASQUEZ, 2003)

2.3 AUTOCUIDADO EN SALUD Y TEORIAS ASOCIADAS

El concepto de salud, es un término amplio y complejo, la definición más ampliamente aceptada es la señalada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en el año 1948, la cual, la establece como un completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Según OREM (1991), el concepto de salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes, en sus distintos componentes, significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defectos que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, racional y pensante.

En cuanto a la Teoría General del Autocuidado, ésta tiene su origen en la teórica norteamericana Dorothea Orem, que escribió su primer libro en el año 1971, y desde allí en adelante, se desarrollan las teorías y subteorías que componen este modelo, de gran aplicación en la época actual. Entre dichas teorías se encuentra la del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería.

La teoría de DOROTHEA OREM (1991), permite un abordaje integral del individuo, en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir, a mejorar su calidad de vida. Para OREM, la enfermería orienta sus acciones directamente al autocuidado expresando que: es un acto propio del individuo que sigue un patrón, una secuencia y cuando se lleva a cabo eficazmente, contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento y al desarrollo del ser humano.

A pesar de los diversos modelos planteados como la solución para alcanzar el desarrollo, el autocuidado como una práctica de dimensión individual y colectiva, es una herramienta para avanzar en los objetivos del desarrollo humano, pues permite que el proceso de cuidados no sea un hecho aislado y limitado a medicación y atención, sino que, supera el ámbito biológico y se adentra en la subjetividad de cada individuo para hacer posible el reconocimiento de su especificidad, promover el autoestima y autonomía para llegar a un estado en el que su autocuidado sea el resultado de una valoración individual, que recupera el valor de las acciones correctivas y que promueva la generación de una nueva conciencia respecto de lo saludable y lo no saludable.

Para llegar a esta nueva conciencia colectiva se requiere de un proceso de promoción e inserción de un nuevo sentido para el autocuidado. Entonces el concepto de autocuidado se explica: “como un conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores (internos o externos) que puedan comprometer su vida y su desarrollo posterior. La estructura del proceso de autocuidado contiene tres secuencias: a) investigación, formulación y expresión de los requerimientos regulatorios de la persona, es decir los

requisitos de autocuidado; b) realización de juicios sobre el curso de acción que debe ser tomado para regular los requisitos de autocuidado y seguidamente tomar decisiones; y c) llevar a cabo las acciones de autocuidado para producir la regulación de los requisitos. (GUIRAO-GORIS, 2003)

Según OREM, el autocuidado no es innato, se debe aprender, y depende de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece. Esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a sus problemas de salud.

2.3.1 Requisitos de autocuidado

Entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quiere alcanzar con el autocuidado (OREM, 1991):

2.3.1.1 Requisitos de Autocuidado Universal. Son llamados también necesidades de base, comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas. Son conocidos como demandas de autocuidado para la atención primaria, que comprenden: la conservación de la 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.

2.3.1.2 Requisitos de Autocuidado del Desarrollo. Esto implica 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, adultes y vejez.

2.3.1.3 Requisitos de Autocuidado en relación a la desviación de la salud. Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de autocuidado. En este caso el individuo, 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.

2.3.2 Autocuidado en la Menopausia

2.3.2.1 Dimensión Biológica: Son actividades orientadas a disminuir o evitar las complicaciones de los cambios en la esfera biológica. (ROJAS, 2003)

2.3.2.1.1 Nutrición: Es la combinación de procesos por medio de los cuales el organismo recibe y utiliza los alimentos necesarios para mantener sus funciones, para crecer y renovar sus componentes. Durante el climaterio disminuyen las necesidades calóricas y de no modificarse los hábitos de alimentación hay una tendencia al aumento de peso el cual se asocia enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las dislipidemias. Una buena nutrición es necesaria para una buena salud ya que el cuerpo es a grandes rasgos el producto de su nutrición y el interés en la comida es importante si se trata de prevenir algunas enfermedades. (ARTEGA, 2001)

Se recomienda requerimientos nutricionales especiales (frutas, verduras, cereales y pocas carnes magras) y deben entre otras cosas, consumir cantidades suficientes de calcio y de vitamina D, para prevenir la osteoporosis, así como llevar una dieta baja en grasas saturadas y colesterol (disminuir las grasas, sobre todo las de origen animal). (ARTEGA, 2001)

2.3.2.1.2 Control de bochornos e insomnio: En el período de la menopausia existen estímulos como son la cafeína, el alcohol, los alimentos muy condimentados, el clima caliente o la tensión emocional que pueden ocasionar los bochornos. En general, las mujeres no son concientes de estos estímulos por lo que proporcionarles información puede ayudar a que manejen sus ambientes y así reduzcan estos estímulos controlando en cierto grado el problema. (LUGONES, 1997) (ROJAS, 2003)

Durante el período de la menopausia, la mujer debe cambiar sus actividades a lugares frescos, bien ventilados. Se debe aconsejar realizar actividades que las mantenga ocupadas para que no le presten atención a los bochornos y sigan trabajando durante los mismos, debe llevar una vida tranquila, sin presiones ni estrés, se aconsejan los ejercicios de respiración controlada, procurando hacerlos despacio y profundamente, así como también de relajación, tanto general, como de las extremidades. En la mujer menopáusica el insomnio ocurre principalmente como resultado de los síntomas vasomotores. Los fitoestrógenos son sustancias naturales semejantes a los estrógenos que actúan modificando y disminuyendo síntomas climatéricos como bochornos, por ejemplo las Isoflavonas se hallan en las arvejas, lentejas, fríjol de soya entre otros. (GARRIDO, 2003) (ROJAS, 2003)

2.3.2.1.3 Actividad Física: En la menopausia, se les recomienda a las mujeres, la caminata, bicicleta, natación, gimnasia y yoga, realizarlos diariamente o al menos 4 veces a la semana por 30 minutos. Algunos de los beneficios de la actividad física son: regular la presión arterial,

reducir el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, ayuda a conservar los reflejos, baja el colesterol y los triglicéridos, sube la energía vital ayudando a respirar mejor, controla el peso, fortalece los huesos y músculos, previene la diabetes, combate la depresión leve y la ansiedad, aumenta la seguridad en sí mismo, mejora la flexibilidad de las articulaciones, previene el insomnio, evita el estreñimiento, disminuye el riesgo de padecer osteoporosis, controla la arteriosclerosis, elimina sustancias tóxicas del cuerpo, mantiene el cerebro en forma y disminuye los síntomas vasomotores. (SALINAS, 2003)

2.3.2.1.4 Examen de Salud: Según el Programa de Salud de la Mujer, el modelo de atención en el climaterio debe ser multidisciplinario e integral, mínimo una vez al año y deberá comprender:

Examen clínico general y regional: en especial exploración mamaria, exploración vaginal y pélvica, citología cervical, toma de papanicolau. Toma de peso y la talla, control de la presión arterial, visita al dentista, revisión de vista y oído.

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

2.3.2.2 Dimensión Psicosocial: Frente a los cambios que se presentan en la dimensión psicosocial, las prácticas en esta dimensión deben contemplar:

2.3.2.2.1 Autoestima: todo ser humano sólo por el hecho de serlo merece respeto, incondicional de los demás y de sí mismo. Cuando la mujer está en la etapa de la menopausia debe conocerse a sí misma, estar bien informada y preparada, potenciar hábitos de vida saludable, compartir experiencias con otras mujeres, volver a conocer el cuerpo y entender lo que se quiere comunicar con sus cambios, plantearse nuevos proyectos de vida, amarse a sí misma, la madurez y la experiencia proporcionan belleza y sabiduría. Una mujer que ha dedicado la mitad de la vida a formar una familia todavía tiene tiempo para retomar los estudios, comenzar una nueva vida, viajar, escribir, leer, aprender nuevas tareas y cuidar su cuerpo a punto tal de estar en mejor forma que nunca. El fin de la vida fértil no implica nuevas restricciones ni la declinación física, las opciones pueden aumentar en lugar de disminuir. (ROJAS, 2003)

2.3.2.2.2 Estado de ánimo: el estado de ánimo puede mejorarse a través del uso de recetas naturales como tomar un vaso de leche tibia antes de dormir, aportando triptófano, el cual se transforma en serotonina y al ser ésta un neurotransmisor, se le asocia con el alivio del dolor y de la depresión induciendo el sueño; también se recomienda el uso de infusiones de melisa,

romero, ruda, entre otras. El ejercicio combate la depresión leve y la ansiedad. Se aconsejan técnicas de relajación, de meditación. Llevar una vida sin presiones ni estrés, realizar actividades novedosas y atractivas, salir de paseo. (ROJAS, 2003)

2.3.2.2.3 Relaciones interpersonales: la menopausia debe ser considerada como el comienzo del resto de la vida, que permite ser libre e independiente, por lo cual se sugiere emprender nuevas actividades, frecuentar asociaciones, asistir a reuniones sociales, disponer de más tiempo para disfrutar aficiones y cultivar amistades.

2.3.2.2.4 Función cognoscitiva: para mantener la agilidad mental se aconseja intentar aprender cada día algo nuevo, leer un poco diariamente (revistas, diarios, libros, etc.) e intentar memorizar lo leído, alimentarse correctamente y hacer ejercicio, relacionarse con personas de condiciones y conocimientos diversos, así como de cualquier edad, concentrarse en una sola actividad en cada momento, no es bueno abarcar muchas cosas a la vez, utilizar un block de notas y una agenda para programar actividades o citas, salir de casa viajar, hacer pequeñas excursiones. (ARTEGA, 2001)

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS Y MUJER

Entre los lineamientos básicos que determinan las políticas a implementar se encuentran los compromisos latinoamericanos adquiridos en la conferencia internacional de población y desarrollo (El Cairo, 1994) y la conferencia mundial sobre la mujer (Beijing, 1995); relacionados con la equidad de género y los derechos de la mujer, envejecimiento de la población femenina, derechos sexuales y reproductivos. (CEPAL, 2004)

La mujer ha experimentado dos grandes cambios en los aspectos biológico y social, en el ámbito biológico ha aumentado la esperanza de vida sustancialmente, teniendo que enfrentar nuevas problemáticas de salud y en el ámbito social presenta mayor participación en el plano laboral, educacional y comunitario, por lo que existe la necesidad de una evolución en los servicios asistenciales destinados a la mujer. (MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), 2004)

En relación con la Reforma de Salud y la mujer, el Plan GES contempla prioridades entre las que se encuentran el cáncer cervicouterino, de mama y de vesícula; la salud cardiovascular (isquémicas, AVE); salud mental (depresión, psicosis, dependencia alcohol y drogas); enfermedades respiratorias; artritis y artrosis. El programa de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino se incorpora al piloto Auge el año 2003 y el año 2004 las Orientaciones para la Pesquisa y Control de Cáncer de Mama. En la actualidad el gobierno consta con programas preventivos y de promoción como: Examen de Salud Preventivo del Adulto (ESPA), Programa de Salud Cardiovascular (CARMEN) el cual incluye actividades como Promoción

de la Salud y Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles; Programa de Salud de la Mujer.

Según el gobierno de Chile, la salud de la mujer debe contemplar la atención integral a la mujer como sujeto de derecho y no como vehículo para el logro de la salud de otros. Considerando a la mujer como el eje al cual se organiza la salud del grupo familiar, por lo cual es de mayor importancia estratégica asegurarle una atención de la mayor calidad posible, que a su vez ella pueda compartir al interior de su hogar. (MINSAL, 2004)

3. MATERIAL Y METODO

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Investigación cuantitativa, transversal y descriptiva; a través de un muestreo aleatorio y estratificado en grupos quinquenales (45-49 años; 50-54 años; 55-59 años)

Se seleccionó el tipo de investigación cuantitativa, ya que, posee validez externa, es generalizable y entrega datos sólidos, además a través de una muestra se puede hacer inferencia a una población. Al ser descriptiva, se pueden describir la frecuencia y las características más importantes del problema de salud en estudio, y permite identificar grupos vulnerables, el carácter transversal estudia simultáneamente la exposición y la enfermedad, en un momento determinado y sirve para valorar el estado de salud de la población y determinar necesidades, útil para planificación y administración en salud. Dichas características permiten desarrollar los objetivos planteados para la presente investigación, en la comuna de Frutillar. (RODRIGUEZ, 2000)

3.2 DISEÑO DE LA MUESTRA

La población para el estudio, se seleccionó a partir de las mujeres de residencia urbana, beneficiarias del Sistema de Salud Público, que se encontraban inscritas tanto en el Consultorio Municipal de Frutillar Alto, como en el Policlínico adosado al Hospital de Frutillar y que tenían entre 45 a 59 años de edad.

Para esto, se realizó la revisión de la base de datos de la población inscrita beneficiaria del Sistema Público de Salud de Frutillar, año 2006. El total de la población es de 889 mujeres inscritas, divididas por grupo quinquenal son: 378 de 45 a 49 años; 280 de 50 a 54 años; y 231 de 55 a 59 años.

A través de la fórmula de cálculo de tamaño muestral, según el Programa Epi Info 2000, se calculó que el número total de la muestra era de 101 mujeres, de acuerdo a este programa, al dividir las por grupo quinquenal, se necesitaban 43 mujeres de 45 a 49 años, 32 mujeres de 50 a 54 años y 26 mujeres de 55 a 59 años. Dicha fórmula necesita datos como: frecuencia esperada del evento, la cual se estimó que fuera del orden del 60%, un índice de precisión del 9%, y una fijación proporcional del 9%.

3.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se aplicó un cuestionario estructurado, el cual consta de dos secciones, la primera se refiere a los datos generales de la mujer y la segunda a la realización de las prácticas de autocuidado, los ítems a evaluar se basaron en el cuestionario de autocuidado utilizado por BASTÍAS (2004) y ROJAS (2003). El pilotaje del instrumento se realizó a través de la entrega de una copia de este, a diez mujeres profesionales y técnicas profesionales, para su análisis y recomendaciones. Posteriormente el instrumento resultante, fue administrado por la investigadora, a cada una de las participantes en el estudio, explicándoles los objetivos de la investigación, así como el carácter de confidencialidad de los datos obtenidos y del uso de estos mismos para fines académicos y de investigación, solicitando su consentimiento firmado.(ANEXO I – II)

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio a aquellas mujeres, que se negaron a participar en la investigación.

3.5 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron incorporados a una base de datos en el programa Epi Info 2000; luego fueron analizados por medio de tablas de frecuencias simples y tablas de contingencia. La significación se determina mediante la dócima de asociación ji cuadrado con un nivel de significancia de 5%.

3.6 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES Bio-sociodemográficas, fueron consideradas:

- *Edad*: años de vida agrupadas según grupo quinquenal (45-49 años; 50-54 años; 55-59 años)
- *Lugar de control*: de acuerdo al establecimiento de salud al cual concurren, el grupo de mujeres estudiadas, Policlínico adosado al Hospital de Frutillar o Consultorio Municipal de Frutillar Alto.
- *Nivel Educativo*: determinado según el ciclo educacional que alcanzaron, el grupo de mujeres estudiadas, ya sea éste de carácter completo o incompleto (analfabeta, enseñanza básica, enseñanza media, nivel técnico o profesional)

- *Actividad Laboral:* determinada según sea realizada fuera del hogar o dentro del hogar.
- *Orientación Religiosa:* según lo que las mujeres estudiadas refieren: Católica, Evangélica, Otras (Mormona, Testigo de Jehová, etc.), No tiene.
- *Relación de pareja:* condición actual de la mujer ya sea que se encuentra con pareja estable o sin pareja.
- *Rol jefatura de hogar:* según la persona que asume este rol: en forma personal, por la pareja, o por otra persona (madre-suegra, hija-hijastra, nuera, otra relación familiar, sin relación familiar)
- *Percepción de suficiencia del ingreso económico familiar:* determinada según como la mujer, percibe que el ingreso económico familiar satisface sus necesidades, de manera buena, regular o mala.
- *Hijos en el hogar:* determinada por la presencia o no de hijos en el hogar.
- *Número de personas en el hogar:* determinada según el número de personas que habitan en el hogar (1 a 2; 3 a 4; 5 ó más)
- *Número de personas a su cuidado:* determinada según el número de personas que se encuentran a su cuidado (0 a 1; 2 a 4)
- *Enfermedades Crónicas:* determinada por la presencia o no de enfermedades crónicas diagnosticadas.

Prácticas de autocuidado: conjunto de acciones y actividades positivas realizadas de forma intencional para contribuir en la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo del ser humano. Se clasificaron en prácticas saludables y no saludables, como prácticas de autocuidado saludables, cuando las mujeres estudiadas refirieron realizar eficazmente más de cinco ámbitos, de un total de nueve analizados, de las distintas dimensiones y con déficit de autocuidado a aquellas que refirieron realizar de manera eficaz menos de 5 ámbitos.

Conducta Saludable: concepto basado en las orientaciones de los planes de promoción de la salud a nivel nacional, determinado por aquellas acciones destinadas a preservar la salud y mejorar su calidad de vida. También considera que toda persona saludable necesita afecto, protección, participación, entendimiento, ocio, libertad y descubrir su propia identidad.

Dimensión Biológica: contempla las variables Nutrición, Actividad Física, Control con Médico, Control con Matrona.

Dimensión Psicosocial: contempla las variables Autoestima, Estado de Ánimo, Función Cognoscitiva, Relaciones Interpersonales y Circulo Social.

Nutrición: en el ámbito de hábitos alimentarios saludables se evaluaron los siguientes factores a nivel de cantidad: consumo de leche descremada o sus derivados, café, frutas, verduras, pollo, huevos, aceites, ya sea diario o numero de veces en la semana; consumo de pescado (número de veces mensual) asignándoles un valor de acuerdo a la respuesta referida. Además contempla el consumo de calcio suplementario, consumo de licor y tabaco confiriéndoles un valor de acuerdo a la respuesta ya sea Si o No. De acuerdo al puntaje obtenido se categoriza la variable, con lo cual un puntaje igual o mayor a 48 puntos sería saludable, en caso contrario no saludable. Dicho valor se desprende de la literatura revisada y de las recomendaciones ministeriales. (MINSAL, 2005)

Actividad Física: en este ámbito se evaluó a las mujeres encuestadas, en cuanto a: si realizan ejercicios y si realizan caminatas de 30 minutos, con respuesta si o no. Se consideró 2 respuestas positivas para determinar que presenta una actividad física saludable. De acuerdo a las recomendaciones ministeriales (SALINAS, 2003)

Control Médico: en este ámbito se consultó si en el último año la mujer, ha acudido a un médico, si se ha realizado un control de presión arterial y si se controla el peso, con respuestas si o no. Se consideraron 2 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta un control médico saludable.

Control Matrona: en este ámbito se preguntó a las mujeres encuestadas, acerca de la realización del Examen físico de mamas y si el examen de PAP estaba vigente, con respuestas si o no. Se consideraron 2 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta un control por matrona saludable.

Autoestima: en este ámbito se evaluaron cuatro tópicos: 1-cuida de su apariencia física; 2-se considera atractiva; 3-se siente importante; 4- se siente aceptada por los demás. Con respuestas si o no. Se consideraron 3 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta acciones positivas en pro de la autoestima.

Estado de ánimo: en este ámbito se preguntó acerca de:1- trata de evitar situaciones que la entristezcan; 2- trata de tranquilizarse cuando tiene problemas; 3- sale de casa para despejarse. Con respuestas si o no. Se consideraron 2 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta una conducta favorable frente al estado de ánimo.

Función cognoscitiva: en este ámbito se evaluaron 4 tópicos: 1- trata de aprender algo nuevo cada día; 2- lee por lo menos 30 minutos; 3- memoriza algunos párrafos de lo que lee; 4- utiliza alguna libreta para programar sus actividades. Basados en respuestas si o no. Se consideraron 3 respuestas positivas para determinar que la mujer presenta conductas favorables frente a la función cognoscitiva

Relaciones Interpersonales: en este ámbito se preguntó acerca de si: 1- conversa de sus sentimientos con su pareja o familiares; 2- conversa de sus sentimientos con sus hijos; 3- conversa de sus sentimientos con sus amistades. Con respuestas si o no. Se consideraron dos respuestas positivas para determinar que las relaciones interpersonales de la mujer encuestada eran saludables.

Círculo social: en este ámbito se preguntó a la entrevistada acerca de: 1- asiste a fiestas de familiares u otras; 2- asiste a reuniones en la comunidad; 3- participa de actividades recreativas con familiares u otros. Basadas en respuestas si o no. Se consideraron dos respuestas positivas para determinar que el círculo social de la mujer era saludable.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS BIO-SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Se aplicaron 101 encuestas a mujeres de 45 a 59 años de edad, beneficiarias del Sistema Público de Salud, pertenecientes al sector urbano de la ciudad de Frutillar. En el Anexo III, se aprecia que la distribución de edades por grupo quinquenal es de: 42,6% para 45-49 años; 31,7% para 50-54 años y 21,7% para 55-59 años. En relación con el lugar donde acuden a control de salud, estos se presentan en casi igual proporción: 50,5% del grupo encuestado asiste al Policlínico adosado al Hospital de Frutillar y un 49,5% al Consultorio Municipal de Frutillar Alto.

En relación al nivel educacional, las mujeres del estudio presentan una mayor frecuencia del nivel Básico y Analfabeta (53,5%) versus Enseñanza Media y Técnico Profesional (46,5%). Respecto a la actividad laboral de las mujeres encuestadas, estas se encuentran en porcentajes similares, el 49,5% refiere trabajar fuera del hogar y el 50,5% lo realiza dentro del hogar. La orientación religiosa es predominantemente católica 61,4% y el 74,3% de las mujeres refiere tener pareja estable

En el plano familiar, el 36% de las mujeres asume la jefatura del hogar y en cuanto a la presencia de hijos en este, cerca del 80% refiere aún convivir con sus hijos. Estos hogares están constituidos por tres a cuatro personas (59,4%) y el 7% del grupo en estudio, refiere tener a más de 2 personas a su cuidado.

Respecto a la percepción de suficiencia del ingreso económico familiar, el 52,5% de las mujeres encuestadas, refiere que es regular, seguido del 31,7% bueno y el 15,8% refiere que es malo.

En relación con la presencia de Enfermedades Crónicas, el 46,5% de las mujeres refiere presentar una enfermedad crónica que ha sido diagnosticada por médico de acuerdo a las normas ministeriales vigentes. Entre las principales se encuentran Hipertensión y Diabetes, tanto en solitario como combinadas.

En consecuencia, de acuerdo a la información recopilada y a los antecedentes presentados en el Marco Teórico, se establece un perfil de riesgo para este grupo de mujeres. (Tabla 1)

Tabla 1: Perfil de Riesgo, de las mujeres de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de Salud, pertenecientes al sector urbano de la comuna de Frutillar, según sus características bio-sociodemográficas, año 2006.

VARIABLE		n	%
Edad	55 – 59 años	26	21,7%
Nivel educacional	Analfabeta	3	3%
	Ens. Básica	51	50,5%
Actividad Laboral	Dentro del hogar	51	50,5%
Relación de Pareja	Sin Pareja	26	25,7%
Rol de jefatura de hogar	Personal	36	35,6%
Per. Suficiencia ingreso económico. familiar	Malo	16	15,8%
Presencia hijos en el hogar	Sin hijos	21	20,8%
Número de personas que viven en hogar	5 ó +	19	18,8%
Numero de personas a su cuidado	2 - 4	7	7%
Enfermedades crónicas diagnosticadas	Si	47	46,5%

4.2 DISTRIBUCIÓN DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Las prácticas de autocuidado de la población estudiada fueron clasificadas dentro de dos grupos o dimensiones, la dimensión biológica que comprende el ámbito nutrición, actividad física, control con médico y control con matrona, y la dimensión psicosocial que incluye los ámbitos: autoestima, estado de ánimo, función cognoscitiva, relaciones interpersonales y

círculo social. Por último, los nueve ámbitos mencionados son agrupados en un conjunto final denominado prácticas de autocuidado a nivel general. (Tabla 2)

Tabla 2: Distribución numérica y porcentual de las Prácticas de Autocuidado a nivel general y en la dimensión biológica y psicosocial, de las mujeres de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de Salud, pertenecientes al sector urbano de la comuna de Frutillar, año 2006. (N=101)

DIMENSIÓN	Saludable		No Saludable	
	n	%	n	%
I.- GENERAL	82	<u>81,2</u>	19	18,8
II.- BIOLÓGICA				
Nutrición	7	6,9	94	<u>93,1</u>
Actividad Física	35	34,7	66	<u>65,3</u>
Control Médico	77	76,2	24	23,8
Control Matrona	67	66,3	34	33,7
III.- PSICOSOCIAL				
Autoestima	93	<u>92,1</u>	8	7,9
Estado de Ánimo	90	<u>89,1</u>	11	10,9
Función Cognoscitiva	70	69,3	31	30,7
Relaciones Interpersonales	80	79,2	21	20,8
Círculo Social	76	75,2	25	24,8

Según los resultados, se aprecia que al agrupar los ámbitos de la dimensión biológica, junto con los pertenecientes a la dimensión psicosocial, el 81,2% del grupo de mujeres estudiadas, está realizando, en cinco o más ámbitos acciones en beneficio de su vida o bienestar.

Respecto a los ámbitos analizados en forma individual, destaca un déficit de autocuidado a nivel nutricional y de actividad física. En relación con la nutrición el 93,1% de las mujeres encuestadas, refieren conductas, que difieren de las recomendaciones entregadas por el Ministerio de Salud. En la actividad física el 65,3% de las mujeres encuestadas, señala que no

realiza ejercicios y que este se reduce a lo que caminan diario para desplazarse a sus trabajos o dentro del hogar.

En otro sentido, las prácticas de autocuidado que la mayoría de las mujeres realiza de manera favorable son las destinadas a mantener una autoestima y un estado de ánimo saludable, con porcentajes de 92,1% y 89,1% respectivamente.

4.3 RELACION DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO CON LAS VARIABLES BIO-SOCIODEMOGRÁFICAS

Las variables bio-sociodemográficas pueden ser factores condicionantes que determinen la realización o no de conductas en pro del bienestar y la calidad de vida. Es por esto que se realiza un análisis estadístico, entre las prácticas de autocuidado y las variables consideradas, por medio de la prueba de significación estadística (p)

De acuerdo a la prueba de significación estadística, las variables: edad (dividida por grupo quinquenal), establecimiento de salud al cual asisten, orientación religiosa, rol de jefatura de hogar y el número de personas que habitan en el mismo, no presentan diferencias estadísticamente significativas entre realizar o no acciones, a favor del autocuidado. En igual sentido, el déficit de autocuidado nutricional y el autocuidado presentado, a nivel de control por médico, no muestran diferencias estadísticamente significativas entre estos ámbitos y las variables bio-sociodemográficas consideradas.

Acerca de las variables que poseen mayor número de relaciones, destacan, el nivel educacional, el número de personas a su cuidado, la percepción del ingreso económico familiar y la actividad laboral. (Tabla 3)

Respecto al nivel educacional, este fué separado en dos grupos, el primer grupo incluye a las mujeres Analfabetas más las mujeres que cursaron sólo Enseñanza Básica (completa o incompleta) y el segundo grupo las que cuentan con Enseñanza Media (completa o incompleta) más las que tienen nivel Técnico o Profesional. En esta variable, se presentan diferencias estadísticamente significativas, con las prácticas de autocuidado en general (al ser estas agrupadas)($p=0,01$), con las conductas en cuanto a la actividad física ($p=0,04$) y las relaciones interpersonales($p=0,01$), así como también con la autoestima ($p=0,04$) y la función cognoscitiva ($p=0,00...$)

En cuanto al cuidado de otras personas, se presentan diferencias estadísticamente significativas con las conductas relacionadas con el estado de ánimo ($p=0,00\dots$) y la autoestima ($p=0,00\dots$).

Tabla 3: Significancia estadística de las Prácticas de Autocuidado según variables sociodemográfica, de las mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud de Frutillar, año 2006

ÁMBITO	(p)
NIVEL EDUCACIONAL	
General	0.01
Actividad Física	0.04
Autoestima	0.04
Función Cognoscitiva	0.00
Relaciones Interpersonales	0.01
ACTIVIDAD LABORAL	
General	0.01
Función Cognoscitiva	0.04
Círculo Social	0.00
ESTADO CONYUGAL	
Relaciones Interpersonales	0.00
Control con Matrona	0.04
HIJOS EN EL HOGAR	
Relaciones Interpersonales	0.02
ENFERMEDAD CRÓNICA	
Función Cognoscitiva	0.01
Relaciones Interpersonales	0.01
NÚMERO DE PERSONAS A SU CUIDADO	
Actividad Física	0.04
Autoestima	0.00
Estado de Ánimo	0.00
Círculo Social	0.03
PERCEPCIÓN DE SUFICIENCIA DEL INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	
Autoestima	0,01
Función Cognoscitiva	0,00
Relaciones Interpersonales	0,04
Círculo Social	0,03

La actividad laboral, muestra diferencias estadísticamente significativas con las acciones relacionadas con las actividades tanto a nivel general, como también con la función cognoscitiva y más específicamente con el ámbito círculo social ($p=0,00\dots$)

Cabe señalar, que el estado conyugal presenta diferencias estadísticamente significativas con el ámbito control por matrona y las relaciones interpersonales, por lo tanto, específicamente el encontrarse sin pareja, estaría relacionado con un déficit de autocuidado en dichos ámbitos.

Al evaluar los resultados de la variable presencia de enfermedad crónica, en las mujeres investigadas esta se relaciona de forma estadísticamente significativa, con el no desarrollar acciones en pro de mejorar la función cognoscitiva y las relaciones interpersonales. Dando como resultado $p=0,01$ para ambos ámbitos.

De acuerdo con los resultados, cabe destacar que la percepción de suficiencia del ingreso económico familiar, con respecto a las prácticas de autocuidado se distribuye de manera estadísticamente significativa, al ser el grupo de mujeres consultadas sobre conductas relacionadas con la autoestima, las relaciones interpersonales, círculo social y especialmente la función cognoscitiva ($p=0,00..$)

5. DISCUSIÓN

5.1 PERFIL BIO-SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

De acuerdo a los resultados encontrados, la población que está viviendo la etapa del climaterio en la ciudad de Frutillar, presenta un perfil bio-sociodemográfico que mantiene las tendencias a nivel nacional, por ejemplo: la distribución porcentual de los grupos quinquenales de edad, es similar a los resultados descritos en el Censo del año 2002, al igual que la orientación religiosa y el estado conyugal. (INE, 2002).

Por otro lado, esta población presenta un nivel educacional de preferencia básico (50,5%), aspecto que podría ser un factor obstaculizante en la realización del autocuidado, ya que según lo señalado por Orem (1993), el conocimiento es una de las capacidades fundamentales y de disposición para el autocuidado, que permite el logro de requisitos del mismo.

También es relevante señalar, que el grupo de mujeres estudiadas, integran parte de la fuerza laboral de la comuna, el 50% trabaja en forma remunerada fuera del hogar, simbolizando las crecientes igualdades de género, pero que al mismo tiempo se contraponen con los resultados, respecto a quien es el jefe de hogar donde la mayoría refiere, que es su cónyuge, representando el rol de género tradicional.

En el plano familiar, se observa que cerca del 80% de las mujeres del estudio, viven con hijos(as) en el hogar y estos(as) a su vez conviven con sus parejas e hijos en algunos casos, lo que explica que prácticamente el 70% de las mujeres tenga a su cuidado a alguna persona y el 30% a más de 2 personas. Lo cual según Lamadrid (1998) son aspectos socioculturales que interfieren en el proceso de autocuidado, ya que las mujeres tienen un rol con la maternidad, el sufrimiento, el orden y la limpieza y no disponen de tiempo para enfermarse.

Es importante mencionar, que la transición epidemiológica que se vive a nivel nacional, también tiene repercusiones en esta zona, el 46,5% de las mujeres encuestadas refiere tener una enfermedad crónica, valores que se aproximan a los presentados en la encuesta nacional de salud realizada el año 2004. (MINSAL, 2004). En el plano del autocuidado Orem (1991) señala que las mujeres portadoras de una enfermedad crónica, demandarían una atención de autocuidado para la prevención secundaria y así evitar complicaciones y la discapacidad.

5.2 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

El autocuidado es uno de los pilares de la Atención Primaria en salud, donde la persona debe cursar una transición de ser sólo un ente observador pasivo y receptor de su salud, a ser un actor activo capaz de tomar decisiones propias y ejercer un control sobre sí mismo, con metas claras orientadas hacia mejorar su calidad de vida y bienestar propio. (LAU, 2000)

Al analizar estadísticamente las prácticas de autocuidado, un aspecto importante a señalar es que el 81,2% de las mujeres estudiadas refiere realizar conductas favorables en cinco o más de los ámbitos investigados.

Cabe destacar, un hecho beneficioso en la salud de las mujeres, más del 75% de la población estaría efectuando conductas positivas a nivel de autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social; datos comparables a los encontrados por BASTÍAS, (2004) en su investigación realizada en la comuna de Concepción, donde se señala que las actividades de promoción de la salud orientadas hacia el ámbito psicosocial, eran las más frecuentemente realizadas. A pesar de la existencia de algunas teorías como la de PELCASTRE (2001) que señala que las mujeres que se encuentran en el climaterio son más propensas a desarrollar episodios de ansiedad, falta de comunicación y principalmente depresión; más que nada la realidad de la población estudiada se ve reflejada en la opinión de GARCÍA (2003) que expresa, que durante este periodo de la vida las mujeres tienen una actitud positiva con un bienestar psicológico, de acuerdo al medio en que se desenvuelven.

Respecto a la función cognoscitiva, en especial a las prácticas que fueron abordadas en este ámbito, tales como: tratar de aprender algo nuevo cada día, leer por lo menos 30 minutos, memorizar y utilizar una libreta de notas, revela que cerca del 70%, está al tanto de la relevancia de esta función en sus vidas. No obstante, admiten que el aspecto que con menor frecuencia realizan es la lectura, ya sea de libros, revistas o diarios, señalando que las razones eran: la falta de tiempo o que por su baja escolaridad no lo pueden realizar en forma satisfactoria.

Por otra parte, la dimensión Biológica, es la que presenta mayores falencias, aunque el control por médico y el control por matrona tienen niveles importantes de adhesión, (los cuales podrían estar mediados por el porcentaje de mujeres que presentan enfermedades crónicas y que por lo tanto asistirían a los establecimientos de salud, así como también, por la importancia que generalmente la población le brinda al discurso médico y la fuerte tendencia a mantener un modelo vertical de salud, donde el equipo médico es el responsable de esta y cuidarse es sinónimo de ir al médico, como es señalado por PELCASTRE (2001)). El ámbito nutricional y la actividad física presentan un marcado déficit, resultados esperables ya que en estos momentos de transición tanto a nivel nacional como a nivel mundial, el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo son las principales preocupaciones en las nuevas directrices de la salud. Donde prácticamente en todas las acciones emprendidas en el plano de la promoción de la salud, son considerados aspectos fundamentales, al relacionarse en forma directa con la

probabilidad de cursar una enfermedad crónica, que dañan tanto el bienestar como la calidad de vida. (SALINAS, 2002) (OMS), 2003)

En cuanto al menor porcentaje de adhesión observado en el control por matrona, con respecto al control por médico, este podría estar relacionado con las creencias de las mujeres, como por ejemplo: que una buena higiene y un control de la actividad sexual son formas efectivas de prevenir el cáncer cervicouterino, relatos muy similares a los encontrados en el estudio y que asimismo son señalados por LAMADRID (1998). Conjuntamente la existencia de una asociación entre PAP alterado = “la matrona me tiene que venir a avisar” o que simplemente espera la campaña de PAP por que no tiene tiempo para acudir al establecimiento de salud.

5.3 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN RELACION CON LAS VARIABLES BIOSOCIODEMOGRÁFICAS.

El ser humano vive en estrecha relación con un entorno cambiante influenciado por costumbres, creencias y algunas prácticas habituales, a las cuales debe adaptarse. En este sentido el autocuidado se explica como un conjunto de acciones que la persona realiza para controlar factores internos y externos que influyen en su vida y en su desarrollo posterior, por ejemplo, las variables sociodemográficas pueden influir en las percepciones que el sujeto tiene de susceptibilidad y severidad respecto a un problema de salud y en los beneficios y costos de la acción por realizar. (SOTO, 1997)

De acuerdo a lo anterior, el nivel educacional básico y analfabeto tiene según los datos encontrados, un rol fundamental a la hora de determinar de forma estadísticamente significativa que las mujeres de esta escolaridad presentan un déficit de autocuidado en cuanto a la autoestima, y a la función cognoscitiva con el consiguiente deterioro que esto significa e influye de forma negativa las relaciones interpersonales y la actividad física. Por último, a nivel general según los datos expuestos, el grupo de mujeres con bajo nivel de instrucción, presentan menores capacidades de agencia de autocuidado.

En relación con la actividad laboral, específicamente el tener actividad dentro del hogar solamente, según los resultados encontrados limita las posibilidades de mantener un círculo social y una red de apoyo, además de fomentar un estado pasivo en relación con la función cognoscitiva y un déficit de autocuidado a nivel general. Con lo cual se podría inferir, que la vida laboral remunerada es una fuente importante de relaciones sociales positivas, de sentido de identidad y de satisfacción con la vida, como es destacado por GARCÍA (2003).

A nivel de convivencia, el no tener pareja estable, afecta el plano de las relaciones interpersonales, orientándolas hacia lo desfavorable; del mismo modo afecta el ámbito control

por matrona, debido probablemente a que las mujeres entrevistadas refieren lo que no es necesario asistir al control con matrona, porque al no tener pareja sexual, no existirían riesgos respecto al cáncer cervicouterino y con respecto al cáncer de mamas no emiten comentarios.

La variable presencia de enfermedades crónicas que presenta el 46,5% de la población en estudio, se correlaciona tanto con el ámbito cognoscitivo de forma desfavorable como con el déficit de relaciones interpersonales. Esto difiere de los resultados entregados por RIVERA (2006), donde estos ámbitos analizados, son señalados como componentes de poder, que se realizan de manera suficiente, en el caso de pacientes con Hipertensión arterial.

A nivel familiar o de convivencia, un alto número de mujeres mencionan a los hijos como fuente importante de compromiso y de apoyo, en lo relacionado con los sentimientos, por lo que no es extraño, que aquellas mujeres que no viven con sus hijos, tengan afectadas las relaciones interpersonales. En otra línea, el rol de cuidadoras, especialmente cuando están a su cuidado más de dos personas afecta la agencia de autocuidado en relación a la autoestima y el estado de ánimo. Además presentan relación con una disminución del círculo social y en menor medida se afectaría el ámbito actividad física

Es importante destacar que existen dos ámbitos que no presentan relaciones con las variables bio-sociodemográficas analizadas, se trata del ámbito nutrición, donde las prácticas que están siendo actualmente promovidas por el Ministerio de Salud, planteadas en las Guías Alimentarias, a través de diversas campañas, no han sido incorporadas por la población en estudio, lo que prácticamente representa la totalidad de la muestra, solo siete mujeres tendrían un grado de suficiencia en este sentido, sin poder aislar una variable que pudiera explicar en parte este fenómeno.

En el caso de buscar apoyo en profesionales de salud (control por médico), las mujeres estudiadas demuestran una buena adhesión a los controles, situación homologable a lo descrito por BASTÍAS (2004), donde señala que el 77% de las mujeres en edad de menopausia y climaterio asisten a control de salud.

6. CONCLUSIONES

Esta investigación se basa en el concepto de autocuidado que esencialmente refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, por lo que coincide con los objetivos de la promoción y prevención de salud. Es necesario que los cuidados sean personalizados para cada individuo y que estos estén comprometidos en su plan de cuidados, otorgando un rol protagónico a las preferencias de los sujetos. Además, esta concepción de la salud, permite trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, considerando su percepción del problema, su capacidad de autocuidado, los factores que lo dificultan y sus recursos para el autocuidado, donde la educación para la salud es la herramienta principal de trabajo.

La mayoría de la mujeres presentan suficiente capacidad de agencia de autocuidado en por lo menos 5 o más ámbitos considerados. Al considerar estos ámbitos de manera individual, la nutrición presenta mayor déficit, seguido de la actividad física. Prácticamente la totalidad de las mujeres pertenece a dicho grupo, por lo tanto este problema de salud se presenta con características transversales en este estudio, sin presentar relación con algún factor analizado; en el caso de la actividad física, esta se relaciona con la escolaridad baja y el tener al cuidado más de dos personas.

En relación al control por médico y control por matrona, los resultados favorables demuestran que existe un buen lazo entre las usuarias y los establecimientos de salud, logro que brinda las instancias donde poder educar, reforzar y desarrollar capacidades de autocuidado, así como también mejorar la atención, entregar más información sobre este periodo de vida y ampliar la prescripción más allá de la medicalización.

En cuanto a la dimensión psicosocial, el estado de ánimo y la autoestima, son los ámbitos que en mayor medida las mujeres agencian mejor, al contrario de lo que muchos autores señalan como una de las principales características de las mujeres en el climaterio, lo que es una base para que se desarrolle el empoderamiento de las usuarias y así lograr la toma de decisiones propias, materia fundamental en el autocuidado. Los factores que obstaculizarían estos ámbitos son: en el caso de la autoestima, la escolaridad baja, el ingreso económico familiar y el cuidar a más de 2 personas, aspecto que coincide con el déficit de autocuidado a nivel de estado de ánimo.

Por otra parte, las acciones positivas a favor de la función cognoscitiva, se ven obstaculizadas en las mujeres que tienen un nivel de instrucción bajo, que además son dueñas de casa, con enfermedades crónicas y con una percepción que el ingreso económico familiar es suficiente.

Respecto a las relaciones interpersonales y el círculo social, son conductas que también son desarrolladas en forma saludable por más de el 75% de las mujeres de la muestra en ambos casos. Y los factores que limitan el buen desarrollo de estas actividades son en materia de relaciones interpersonales: bajo nivel educacional, el no tener pareja, la percepción de suficiencia del ingreso económico familiar y el vivir sin los hijos; y en la temática círculo social coincide el nivel educacional y la percepción de suficiencia del ingreso económico familiar, junto a el ser dueña de casa y tener un rol de cuidadora.

Al considerar que el quehacer de la matronería es un proceso dinámico, que responde a las necesidades cambiantes de cada mujer, su familia y la sociedad, las proyecciones de esta investigación fortalecen y orientan el rol de matrona o matron, en el ámbito de la promoción de salud, tanto de la mujer como de sus familias, facilitando el conocimiento para que logren la propia gestión de su autocuidado y así puedan tomar las mejores decisiones en salud.

Entonces es necesario, generar programas de promoción y prevención en salud, que consideren las características de esta población y que a la vez complementen las estrategias promocionales relacionadas con la actividad física y la nutrición. Unido a estrategias de intervención en el plano de la salud sexual y reproductiva del climaterio, integrando las capacidades y herramientas con que cuentan las mujeres, para así lograr cambios que se mantengan en el tiempo.

Para el logro de estas estrategias basadas en el autocuidado, se debe impulsar a todo el equipo de salud y a profesionales de otras áreas, como también a dirigentes sociales y políticos, a que comiencen a generar programas a nivel comunitario, por ejemplo: acercando la actividad física a la mujeres, incentivando la nivelación de estudios o explotando los medios de comunicación radiales y audiovisuales presentes en la comuna,

Paralelamente, en los establecimientos de salud de la comuna de Frutillar se pueden implementar las consultas de “Educación para el Autocuidado en Salud” (EPAS), que es una de las intervenciones exitosas, que se han realizado, basadas en la Teoría del Autocuidado, según lo señalado por la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 2006; orientándolas hacia las necesidades presentes en el grupo de mujeres estudiado.

Dichas consultas para el autocuidado, se basan en la valoración de las necesidades e intereses de un grupo de personas y en el intercambio de experiencias. De esta manera, se puede ejercer en forma armónica y eficaz el rol educativo asistencial y se optimiza el rendimiento profesional. Para el consultante, es una oportunidad de aprendizaje a través de la cual incorpora conocimientos y habilidades, puede intercambiar experiencias, desarrollar habilidades sociales en un ambiente protegido y se le estimula a tomar sus propias decisiones acerca del cuidado de su salud o el de su familia.

7. BIBLIOGRAFÍA

ARTILES, L.; D. NAVARRO; B. MANZANO. 1998. Género, categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. Rev Cubana Med Gen Integr. 14(6). (Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas7mgi7vol14_6_98/mgi03698.htm. Consultada el: 7 de noviembre de 2005)

ARTEAGA, E.; P. CONTRERAS; O. GONZÁLEZ. 2001. Consenso en Climaterio 2001. Una recomendación fundamentada. SOCIEDAD CHILENA DE CLIMATERIO. (Disponible en: <http://biblioteca.vitanet.cl/coleccion/600/610/618/climaterio.pdf> Consultada el: 8 de noviembre de 2006)

BASTÍAS, E.; O. SANHUEZA. 2004. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción, Chile. Cienc. Enferm. 10(1):41-56. (Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532004000100006&script=sci_arttext&tlng=es. Consultada el: 8 de noviembre de 2005)

BLÜMEL, J.; I. BINFA; G. FRAMEGNA; X. TACLA; B. ARACENA; M. CUMSILLE. 1998. Efecto del climaterio en la calidad de vida. Rev Chi Obst Ginecol. 63(6):437-445.

CASTRO, R. 2000. El período climatérico como problema de Salud Pública. Boletín de la Sociedad Chilena de Climaterio. 5(2). (Disponible en: http://www.sociedadclimaterio.cl/public_med/boletines/vol05-n02.pdf. Consultada el: 10 de enero de 2006)

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). 2002. América Latina y el Caribe: “Estimaciones y proyecciones de población, 1950 – 2050”, Santiago de Chile, Instituto Nacional de Estadística/ Centro Latinoamericano de Demografía (INE/CELADE) (Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/9320/P9320.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>. Consultada el: 15 de diciembre de 2005)

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). 2004. Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del periodo de sesiones de la CEPAL, Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo 2004.

(Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/DeclaraciónChile1.pdf>. Consultada el: 14 de diciembre de 2005)

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). 2005. Boletín Demográfico. América Latina: Proyecciones de Población Urbana y Rural 1970-2025. Santiago de Chile.

(Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/22688/BD76.pdf>. Consultada el: 6 de marzo de 2007)

CONCHA, M.; X. AGUILERA; J. SALAS. 1996. La carga de enfermedad en Chile. Ministerio de Salud República de Chile. (Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/Inffin-carga-enf.pdf>. Consultada el: 8 de noviembre de 2005)

GARCÍA, C. 2003. Climaterio y bienestar psicológico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 29(3). (Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2003000300010&script=sci_arttext&tlng=es. Consultada el: 8 de noviembre de 2005)

GARRIDO, A.; M. DE LA MAZA; L. VALLADARES. 2003. Fitoestrógenos dietarios y sus potenciales beneficios en la salud del adulto humano. Rev méd Chile. 131(11):1321-1328. (Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003001100015&script=sci_arttext. Consultada el: 15 de enero de 2007)

GUIRAO-GORIS, J. 2003. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. Educare21. 2. (Disponible en: <http://webs.ono.com/adolf/agencia.pdf>. Consultada el: 15 de enero de 2007)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE); COMITÉ NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR. 1999. Chile y los Adultos mayores: impacto en la sociedad del 2000. (Disponible en: <http://www.ineloslago.cl/sistemainformacioine/23-otras/pdf/mayor.pdf>. Consultada el: 7 de noviembre de 2005)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). 2001. Enfoques Estadísticos. Mortalidad Boletín N° 12. (Disponible en: http://www.censo2002.cl/menu_superior/cuantos_somos/download/enf_mortalidad.pdf. Consultada el 7 de noviembre de 2005)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS (INE). 2002. Resultados Censo 2002 Chile. (Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/index.php>. Consultado el: 7 de noviembre de 2005)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS (INE). 2003. Anuario de Estadísticas Vitales 2003. (Disponible en: http://www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/pdf/anuarios/vitales2003.pdf. Consultado el: 10 de enero de 2006)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS (INE). 2004. Esperanza de vida al nacer (en años) por periodo y sexo. Chile, 1950-2025. Departamento de Estadísticas e Información en salud. (Disponible en: http://deis.minsal.cl/deis/ev/esperanza_de_vida/index.asp. Consultado el: 5 de marzo de 2007)

LAMADRID, S. 1998. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. Cad. Saúde Pública. 14(1). (Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000500012&lng=es&nrm=iso. Consultado el: 10 de enero de 2006)

LAU, N. 2000. Significado y práctica de autocuidado en las personas adultas mayores de Cantón Barva de Heredia, Costa Rica. (Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/artgeron/artgeron.shtml>. Consultado el: 3 de diciembre de 2005)

LUGONES, M.; T. QUINTANA; Y. CRUZ. 1997. Climaterio y Menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr 13(5). (Disponible en: http://cielo.sld.cu/cielo.php?pip=s0864-21252004000400002&script=sci_arttext&tlng=es. Consultado el 3 de diciembre de 2005)

LUGONES, M.; S. VALÉS; J. PÉREZ. 1999. Climaterio, familia y sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 15(2). (Disponible en: http://cielo.sld.cu/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Consultada el: 7 de noviembre de 2005)

MARTÍNEZ, V.; B. TORRIENTES; P. ARANDA. 2002. Comportamiento de la sexualidad en la mujer de la edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 28(1). (Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_1_02/gin09601.htm. Consultada el: 8 de noviembre de 2005)

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). 1995. Programa de Salud de la Mujer. Chile

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). 2004. Día Internacional de la Mujer. Salud para las mujeres, mujeres para la salud. Marzo 2004. Chile. (Disponible en: <http://www.minsal.cl/ici/destacados/DIA%20MUJER%202004.pdf>. Consultada el: 14 de diciembre de 2005)

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). 2004. Encuesta Nacional de Salud (ENS). Gobierno de Chile. (Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS_mayo2004.pdf. Consultado el: 15 de enero de 2007)

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). 2005. Guías de Alimentación para la Mujer Chilena. Gobierno de Chile. (Disponible en: http://www.minsal.cl/ici/nutricion/guia_alimentaria_mujer/Guias%20Alimentarias%20para%20la%20Mujer%20Chilena.pdf. Consultado el: 14 de diciembre de 2005)

OREM, D. 1991. TEORÍAS DEL AUTOCUIDADO. (Disponible en: http://www.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm#a1 Consultada el: 10 de noviembre de 2005)

OREM, D. 1993. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona. Masson. Salvat. (Original no consultado, citado por: RIVERA, L. 2006. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev Salud Pública 8(3):235- 247. (Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v8n3/v8n3pdf/v8n3a09.pdf>. Consultada el 10 de abril de 2007)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). s.f. Definición de Salud. (Disponible en: <http://www.who.int/about/definition/es/index.html>. Consultada el: 10 de abril de 2007)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2003. Dieta, Nutrición y Prevención de enfermedades crónicas: Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. Serie de

informes técnicos 916. (Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>. Consultada el 15 de enero de 2007)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 2006. Fortalecimiento del Autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. (Disponible en: <http://pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>. Consultada el 8 de abril de 2007)

ORTIZ, M. 2002. ¿De qué mueren las mujeres? Agenda Salud N° 28. Isis Internacional. (Disponible en: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda28.pdf>. Consultada el 2 de noviembre de 2005)

PELCASTRE, B.; F. GARRIDO; V. DE LEON. 2001. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. Salud Pública de México. 43(5): 408-414. (Disponible en: http://www.insp.mx/salud/43/435_3.pdf. Consultada el 2 de noviembre de 2005)

RIVERA, L. 2006. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev Salud Pública 8(3):235-247. (Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v8n3/v8n3pdf/v8n3a09.pdf>. Consultada el 10 de abril de 2007)

RODRIGUEZ, J. 2000. Tutorial Básico de Estadística. (Disponible en: www.fisterra.com/tutorial/estadistica.html. Consultada el: 2 de noviembre de 2005)

ROJAS, A. 2003. Practicas de Autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del asentamiento Humano Cerro el Sauce del Distrito de San Juan de Lurigancho 2001. Tesis. Licenciado en Enfermería. Fac. Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marco. Perú. (Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/rojas_ca/html/index-frames.html. Consultada el: 2 de noviembre de 2005)

SALAZAR, A.; T. PARAVIC. 2005. Desempeño Laboral y Climaterio en trabajadoras de Instituciones Públicas. Rev. Méd. Chile 133(3):315-322. (Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000300007&script=sci_arttext. Consultada el: 2 de noviembre de 2005)

SALINAS, J.; F. VIO. 2002. Promoción de la Salud en Chile. Rev. Chil. Nutr. 29(1). (Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002029100001&script=sci_arttext. Consultada el: 15 de enero de 2007)

SALINAS, J.; F. VIO. 2003. Promoción de Salud y Actividad Física en Chile: Política Prioritaria. Rev Panam Salud Pública. 14(4). (Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892003000900015&script=sci_arttext. Consultada el: 15 de enero de 2007)

SERVICIO DE SALUD LLANQUIHUE CHILOE PALENA. 2002. Defunciones según grupos de edad, gran grupo de causas de muerte y sexo. (Disponible en: http://www.llanchipal.cl/Estadisticas/Natalidad_mortalidad/year_2002/11%20Defun%20Gran%20Gpo%20Causas.PDF. Consultada el: 10 de enero de 2006)

SOTO, F.; J. LACOSTE. 1997. The Health Belief Model. A Theoretical Approach to Aids Prevention. Rev Esp. Salud Pública. 71(4). (Original no consultado, citado por: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 2006. Fortalecimiento del Autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. (Disponible en: <http://pwrchi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>. Consultada el 8 de abril de 2007)

SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES. 2003. Archivo Maestro de Egresos Hospitalarios del año 2003 (AMEH-2003) Morbilidad Hospitalaria por capítulo de causas en mujeres según grupo de edad (Disponible en: http://www.superintendenciadesalud.cl/_temporal/5817r_p_s/Archivos%20web/Egresos/egresos%202003.xls. Consultado el: 10 de enero de 2006)

VÁSQUEZ, D. 2003. Sexualidad y Menopausia. D C, Colombia. (Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/Meno10104-Sexualidad.htm>. Consultada el: 2 de noviembre de 2005)

YANES, M.; Y. BENÍTEZ; I. ALFONSO. 2004. Síndrome Climatérico: caracterización clínica y socioepidemiológica. Rev Cubana Med Gen Integr 20(4). (Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/cielo.php?pid=S0864-21252004000400002&script=sci_arttext&lng=es. Consultado el: 7 de noviembre de 2005)

ANEXOS

ANEXO I

8.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadora responsable: Anita Maria Pugin Campos

Título de la Investigación: Prácticas de Autocuidado en mujeres urbanas de 45 a 59 años de la comuna de Frutillar 2006.

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito conocer e identificar las prácticas de autocuidado presentes en mujeres urbanas de 45 a 59 años de la comuna de Frutillar.

Al participar en este estudio, yo estoy en pleno conocimiento de los objetivos de la investigación. Y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Yo entiendo que:

1. En mi participación se asegura privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora responsable del proyecto: Anita Maria Pugin Campos. Fono: 89151608.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con fines académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

Investigadora responsable

Usuaría participante

ANEXO II

8.2 CUESTIONARIO PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO FRUTILLAR 2006

INSTRUCCIONES

A continuación le presento una serie de preguntas divididas en 2 etapas, la primera etapa consiste en responder datos generales acerca de su persona y la segunda parte se refiere a los datos más específicos que permitirán desarrollar esta investigación.

En esta segunda etapa presento las preguntas con cinco posibles respuestas, en las que usted tendrá que marcar la que encuentre más conveniente y en algunos casos las respuestas consistirán en SI como afirmación o NO como negación, en este caso deberá marcar la que más la represente.

1.- DATOS GENERALES: (Marque con una "X" la alternativa correspondiente)

Edad: _____	Usted acude a Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>
-----------------------	--

Nivel Educativo: Analfabeta <input type="checkbox"/> Enseñanza básica <input type="checkbox"/> Enseñanza media <input type="checkbox"/> Técnico – Profesional <input type="checkbox"/>
--

Actividad Laboral: Dentro del Hogar <input type="checkbox"/> Fuera del Hogar <input type="checkbox"/>

Orientación Religiosa: Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/>

Relación de pareja: Con pareja estable <input type="checkbox"/> Sin pareja estable <input type="checkbox"/>

Rol de jefatura de hogar Personal <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Otro(a) <input type="checkbox"/>

Percepción de Suficiencia del Ingreso Familiar		
Malo	<input type="checkbox"/>	Acceptable <input type="checkbox"/>
		Bueno <input type="checkbox"/>

Hijos en el hogar	
Con hijos en el hogar	<input type="checkbox"/>
Sin hijos en el hogar	<input type="checkbox"/>

Enfermedades Crónicas que usted presenta:	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
¿Cuál? _____	

Número de personas que viven en el hogar	Número de personas a su cuidado
_____	_____

2. DATOS ESPECIFICOS

Nutrición		
<p>¿Consumes usted leche descremada o sus derivados?</p> <p>Nunca lo realiza 1 Una a dos veces por semana 2 Tres veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 4 Todos los días 5</p>	<p>¿Consumes usted café?</p> <p>Nunca lo realiza 5 Una a dos veces por semana 4 Tres veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 2 Todos los días 1</p>	<p>¿Consumes usted frutas?</p> <p>Nunca lo realiza 1 Una a dos veces por semana 2 Tres veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 4 Todos los días 5</p>
<p>¿Consumes usted ensaladas?</p> <p>Nunca lo realiza 1 Una a dos veces por semana 2 Tres veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 4 Todos los días 5</p>	<p>¿Consumes usted pescado?</p> <p>Nunca lo realiza 1 Una vez al mes 2 Dos veces al mes 3 Tres veces al mes 4</p>	<p>¿Consumes usted huevos con yema?</p> <p>Nunca lo realiza 5 Una a dos veces por semana 4 Tres veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 2 Todos los días 1</p>
<p>¿Consumes usted pollo con todo el cuero?</p> <p>Nunca lo realiza 5 Una a dos veces por semana 4 Tres veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 2 Todos los días 1</p>	<p>¿Consumes usted mantequilla, mayonesa, aceites?</p> <p>Nunca lo realiza 5 Una a dos veces por semana 4 Tres veces a la semana 3 4 a 6 veces a la semana 2 Todos los días 1</p>	<p>¿Consumes usted tabletas de calcio?</p> <p>SI 5 NO 1</p>

¿Consumen usted licor regularmente?	¿Consumen usted cigarrillos?
SI 5 NO 1	SI 5 NO 1

Actividad Física

¿Realiza usted ejercicios?	¿Realiza usted caminatas de 30 minutos?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Control Médico

¿Ha asistido a control médico en el último año?	¿Se controla usted la presión arterial?	¿Se controla su peso?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Control Matrona

¿Se realiza usted el autoexamen de mama?	¿Su examen de PAP está vigente?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Autoestima

¿Cuida usted su apariencia personal?	¿Se considera usted atractiva?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

¿Se siente usted importante?	¿Se siente usted aceptada por los demás?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Estado de Ánimo

Trata usted de evitar situaciones que la entristezcan SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trata usted de tranquilizarse cuando tiene problemas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sale usted de casa para despejarse SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--	--

Función Cognoscitiva:

Trata usted de aprender cada día algo nuevo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Lee usted por lo menos 30 minutos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Memoriza usted algunos párrafos de los que lee SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Utiliza usted una libreta para programar sus actividades SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Relaciones Interpersonales:

Conversa usted de sus sentimientos con su pareja o familiares SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Conversa usted de sus sentimientos con sus hijos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Conversa usted de sus sentimientos con sus amistades SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--	--

Círculo Social

Asiste usted a fiestas (familiares u otras) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Asiste usted a reuniones en su comunidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Participa usted de actividades recreativas (familia, amigos) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--	--

ANEXO III

Tabla 4: Características bio-sociodemográficas de las mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud de Frutillar año 2006.

VARIABLE		n	%
Edad	45 – 49 años	43	42,6%
	50 – 54 años	32	31,7%
	55 – 59 años	26	21,7%
Lugar de control	Consultorio	50	49,5%
	Hospital	51	50,5%
Nivel educacional	Analfabeta	3	3%
	Ens. Básica	51	50,5%
	Ens. Media	27	26,7%
	Técnico o Profesional	20	19,8%
Actividad laboral	Fuera del hogar	50	49,5%
	Dentro del hogar	51	50,5%
Orientación religiosa	Católica	62	61,4%
	Evangélica	35	34,7%
	Otra	3	3%
	No tiene	1	1%
Relación de Pareja	Estable	75	74,3%
Rol de jefatura de hogar	Personal	36	35,6%
	Pareja	64	63,4%
	Otro(a)	1	1%
Percepción de suficiencia del ingreso económico familiar	Bueno	32	31,7%
	Regular	53	52,5%
	Malo	16	15,8%
Presencia hijos en el hogar	Con hijos	80	79,2%
	Sin hijos	21	20,8%
Número de personas que viven en hogar	1-2	22	21,7%
	3-4	60	59,4%
	5 ó +	19	18,8%
Numero de personas a su cuidado	0 - 1	94	93%
	2 - 4	7	7%

ANEXO IV

Tabla 5: Relación de Prácticas de Autocuidado según variables sociodemográfica, de las mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud de Frutillar, año 2006, analizadas por medio de significación estadística.

Ámbito	Variable sociodemográfica						
	NIVEL EDUCACIONAL						p
	Analf. + Ed. básico		Ed. Media + Téc. Prof.		Total		
No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable		
General	15	39	4	43	19	82	0,01
Actividad Física	42	12	24	23	66	35	0,04
Autoestima	7	47	1	46	8	93	0,04
F. Cognoscitiva	26	28	5	42	31	70	<u>0,00</u>
Rel. Interperson.	16	38	5	42	21	80	0,01
	ACTIVIDAD LABORAL						p
	Del Hogar		Remunerada		Total		
	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	
General	14	36	5	46	19	82	0,01
F. Cognoscitiva	22	28	9	42	31	70	0,04
Círculo Social	18	32	7	44	25	76	<u>0,00</u>
	ESTADO CONYUGAL						p
	Sin Pareja		Con Pareja		Total		
	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	
Rel. Interperson.	11	15	10	65	21	80	<u>0,00</u>
Control Matrona	13	13	21	54	34	67	0,04
	HIJOS EN EL HOGAR						p
	Sin Hijos		Con Hijos		Total		
	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	
Rel. Interperson.	8	13	13	67	21	80	0,02
	ENFERMEDAD CRÓNICA						p
	Con		Sin		Total		
	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	
F. Cognoscitiva	20	27	11	43	31	70	0,01
Rel. Interperson.	15	32	6	48	21	80	0,01
	NÚMERO DE PERSONAS A SU CUIDADO						p
	0-1		2-4		Total		
	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	No saludable	Saludable	
Actividad Física	59	35	7	0	66	35	0,04
Autoestima	5	89	3	4	8	93	<u>0,00</u>
Estado Ánimo	7	87	4	3	11	90	<u>0,00</u>
Círculo Social	21	73	4	3	25	76	0,03

ANEXO V

Tabla 6: Relación de Practicas de Autocuidado según Percepción de suficiencia del ingreso económico familiar, de las mujeres urbanas de 45 a 59 años, beneficiarias del sistema público de salud de Frutillar, año 2006, analizada por medio de significación estadística.

	PERCEPCION DEL INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR								p
	Regular		Bueno		Malo		Total		
	No salud	Salud	No salud	Salud	No salud	Salud	No salud	Salud	
Autoestima	8	45	0	32	0	16	8	93	0,01
F. Cognoscitiva	18	35	4	28	9	7	31	70	<u>0,00</u>
Rel. Interperson.	15	38	2	30	4	12	21	80	0,04
Círculo Social	18	35	3	29	4	12	25	76	0,03