

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO
VALDIZÁN” HUÁNUCO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SU RELACIÓN
CON ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN AMAS DE CASA
MAYORES DE 40 AÑOS QUE ASISTEN A CLASS
PILLCOMARCA - HUÁNUCO - 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTA: WILMER DAVID ASCAYO LEÓN

ASESOR (a): Dra. ENIT VILLAR CARBAJAL

**HUÁNUCO – PERÚ
2016**

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO
VALDIZÁN” HUÁNUCO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SU RELACIÓN
CON ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN AMAS DE CASA
MAYORES DE 40 AÑOS QUE ASISTEN A CLASS
PILLCOMARCA - HUÁNUCO - 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTA: WILMER DAVID ASCAYO LEÓN

ASESOR (a): Dra. ENIT VILLAR CARBAJAL

**HUÁNUCO – PERÚ
2016**

DEDICATORIA

Al Dios Todopoderoso que me permitió nacer, crecer y desarrollarme como persona adulta. Me dio la inteligencia y la sabiduría necesaria para hacerme un profesional. Además, en su infinita fidelidad y misericordia me concedió la oportunidad de realizar satisfactoriamente.

A mis padres: Higinio, Alejandra y hermanos, autores de mi formación, por su esfuerzo, paciencia dedicación y por su amor brindado en todas las etapas de mi existencia.

A tantos otros que con su apoyo hoy me permiten decir...Lo he logrado. A todos ellos. Gracias

Wilmer David Ascayo León

AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

Mis agradecimientos:

- A los docentes de la Facultad de Enfermería de la UNHEVAL, por ser incansables forjadores de la cultura, y por contribuir en mi superación académica y profesional.
- A mi asesora, Dra. ENIT VILLAR CARBAJAL, por su asesoramiento en la materialización del presente trabajo de investigación.
- A la Dra. NANCY VERAMENDI VILLAVICENCIOS, quien me obsequió humanamente su valioso tiempo para el asesoramiento permanente del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio correlacional con 120 amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco, durante el periodo 2015. En la recolección de los datos se utilizó una encuesta de acciones de autocuidado y otra sobre características sociodemográficas. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia.

Resultados. El 60,8% (73 amas de casa) presentaron autocuidado adecuado. Dentro de las características sociodemográficas que predominaron fueron edades entre 40 a 59 años (77,5%), zona urbana (62,5%), condición conviviente (54,2%), educación primaria (40,8%), ingresos de 751 soles a más (65,8%) y la religión católica (65,8%). Por otro lado, se encontró que las actividades de autocuidado se relacionan significativamente con la edad en años ($X^2=6,23$; $P\leq 0,013$), el grado de instrucción ($X^2=9,65$; $P\leq 0,022$) y el ingreso familiar en soles ($X^2=5,71$; $P\leq 0,017$).

Conclusiones. Existe relación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca-Huánuco.

Palabras clave: autocuidado, edad, grado de instrucción, ingreso económico, ama de casa.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between sociodemographic characteristics and self-care activities.

Methods: It conducted a correlational study with 120 housewives over 40 years attending CLASS Pillcomarca - Huánuco, during the period 2015. The data collection a survey of self-care actions was used and another on sociodemographic characteristics. For the inferential analysis the Chi -square test of independence was used.

Results: 60.8% (73 homemakers) had adequate self-care. Among the sociodemographic characteristics that predominated were aged 40-59 years (77.5%), urban areas (62.5%), cohabitant condition (54.2%), primary education (40.8%), income 751 soles more (65.8 %) and Catholic (65.8 %). On the other hand, it was found that self-care activities are significantly related to age in years ($X^2 = 6.23$; $P \leq 0,013$), educational attainment ($X^2 = 9.65$; $P \leq 0,022$) and family income in soles ($X^2 = 5.71$; $P \leq 0,017$).

Conclusions: There were statistically significant relationship between the sociodemographic characteristics and self-care activities housewives over 40 years attending CLASS Pillcomarca - Huánuco.

Key words: *self-care, age, level of education, income, housewife.*

INTRODUCCIÓN

El concepto de autocuidado se ha analizado desde diferentes disciplinas. La psicología lo ha vinculado con factores internos de salud e integrado a nociones como autoconcepto y las creencias sobre la salud. Los estudios provenientes de la biomedicina suelen asociar el autocuidado con la atención y tratamiento de la enfermedad y se han enfocado en la transferencia de la responsabilidad de algunos cuidados médicos hacia los pacientes. El campo de la salud pública se ha ocupado de medir factores de riesgo y asociarlos con conductas identificables de autocuidado que deben modificarse, evitarse o promoverse. Otras disciplinas interesadas en el estudio del autocuidado son la sociología y la enfermería (1).

Por otra parte, el autocuidado de la salud de las mujeres se debe entender como “la capacidad para decidir sobre su cuerpo y su salud física, mental y emocional en función del desarrollo humano. Parte de la reafirmación de su persona- como sujeta de derechos en la perspectiva de su crecimiento personal y de sus necesidades, conducentes a una toma de decisiones conscientes y permanentes” (2).

En tanto el autocuidado está fundamentado en las capacidades del ser humano, tiene un propósito que se inscribe en el ámbito del desarrollo humano, desde la concepción de lo que Nussbaum (3) argumenta respecto a las capacidades internas como “estados desarrollados de la persona misma, en la medida en que concierne a la misma persona, por lo cual son condiciones suficientes para el ejercicio de la función requerida”.

El autocuidado desde la perspectiva de género, es un acto consciente que propende por una ética de amor propio hacia “la construcción de las mujeres como sujeto de sí misma de su vida, de su cuerpo, de su sexualidad implica su deconstrucción como objetos, como instrumentos o funciones portadoras de papeles; esto es el inicio de la búsqueda de soberanía sobre el propio cuerpo y sus funciones biosociales, la sexualidad, las decisiones que competen con su vida y su salud” (4).

El presente estudio se realiza con el objetivo de determinar la relación entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco, durante el periodo 2015.

Por tal motivo, el contenido del estudio se estructura en cinco capítulos.

El primero aborda el problema, la justificación de la investigación, los objetivos, tanto generales como específicos, la hipótesis y el manejo de las variables en estudio tanto su identificación como la operacionalización.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes del problema y las bases teóricas de la investigación y la definición de algunos términos.

El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, universo y muestra, las técnicas de recolección y procesamiento de datos.

Del mismo modo, en el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se

presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos utilizados en la investigación.

ÍNDICE

Contenido

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I.....	12
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1. FORMULACION GENERAL:	17
1.2.2. FORMULACIONES ESPECÍFICAS:	17
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	18
1.4. OBJETIVOS.....	19
1.5. HIPÓTESIS.....	20
1.5.1. Hipótesis general:.....	20
1.5.2. Hipótesis específicas:	20
1.6. VARIABLES.....	21
1.6.1. IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLES:	21
1.6.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES:	21
CAPÍTULO II.....	22
MARCO TEÓRICO	22
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	22
2.2. BASES TEÓRICAS	28
2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	41
CAPÍTULO III.....	42
METODOLOGÍA	42
3.1. TIPO DE ESTUDIO	42
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	42
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.3.1. POBLACIÓN	43
3.3.2. MUESTRA	43
3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.4.1. Técnicas.....	44
3.4.2. Instrumentos.....	44
3.5. PROCEDIMIENTO.	44
3.6. ANÁLISIS DE DATOS	45
CAPÍTULO IV.....	46
RESULTADOS.....	46
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS	46
4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:.....	46
CAPÍTULO V.....	68
DISCUSIÓN.....	68
5.1. DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXO 01.....	80

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las tareas domésticas han sido conceptualizadas como rutinarias y gravosas, por lo que no es raro pensar que llevarlas a cabo tenga efectos negativos en el bienestar y en la salud. Diferentes estudios han mostrado las relaciones negativas que su desempeño tiene con el bienestar, la satisfacción o la salud física y psicológica tanto en amas de casa como en mujeres trabajadoras (5).

Dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública mundial, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar después del cáncer de mama. En el mundo 530,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino (CaCu), de éstas 275,000 mueren y 85,0% de estas muertes se presentan en países en vía de desarrollo (6). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 75% de las muertes por CaCu en nuestra región, ocurren en mujeres menores de 55 años, hechas que se traduce en la pérdida de 1,56 millones de vidas potencialmente útiles cada quinquenio (7).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud advierte que en México hay 32 millones de adultos con sobrepeso y obesidad, de los cuales cinco millones están en riesgo de convertirse en pacientes diabéticos en los próximos cinco años. La obesidad está considerada como la epidemia del siglo. El 62% de los mexicanos mayores de 20 años tienen sobrepeso. En relación con las cifras en México dadas a conocer, las mujeres adultas

encabezan la lista de obesidad y sobrepeso, el 29% de ellas contra el 19% de hombres (8).

La inactividad física es la causa del 21-25% de los cánceres de mama y colon, 27% de la diabetes y un 30% de las cardiopatías isquémicas (9). En adición, el sedentarismo se asocia a la presencia de depresión en personas mayores de 60 años (10).

En el Perú, los resultados del XI Censo Nacional de Población y VI de Vivienda, llevado a cabo en el año 2007 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), dan cuenta que el Perú tiene una población que supera los 27,4 millones de peruanos. De esta el 50,3% corresponde a la población femenina, porcentaje similar al registrado en el censo previo de 1993, y prácticamente similar a los que se realizaron desde 1940. Es decir que la participación de mujeres en la población total se ha mantenido alrededor del 50% desde hace más de 68 años, hecho que nos hace pensar que no ha existido un cambio estructural que haya generado una variación en la distribución por sexo de la población total, esto a pesar de que la población total se ha cuadruplicado en dicho tiempo (11).

En el año 2008, existieron 7 millones de personas jefes de hogar. De este total, solamente el 23,1% son mujeres, cifra bastante menor al 76,9% restante que corresponde a los hombres jefes de hogar. Entre los años 2002 y 2008, la cantidad de jefes de hogar mujeres se ha venido incrementando, así se incrementó en 724 mil el número de jefas de hogar en el Perú entre el año 2002 y 2008 (12).

También en nuestro país, sobre todo en Lima metropolitana, según estudios de Ipsos Perú (13), el perfil del ama de casa ha evolucionado con el tiempo.

Ahora están más instruidos: el 29% tiene secundaria completa y el 18% estudios superiores. Asimismo, precisa que el 52% utiliza una PC, el 26% laptop y el 25% smartphones. A pesar de eso, solo el 8% de las amas de casa asegura haber hecho compras online, ya que aún existe “desconfianza” y “desconocimiento” al respecto.

Por otra parte, la fundamentación teórica de esta investigación está centrada en la teoría del autocuidado, que abarca las necesidades de autocuidado universales de todos los individuos, así como también las necesidades específicas del desarrollo físico, social y psicológico. También incluye la situación de enfermedad o lesión, y cómo ésta se relaciona con los profesionales del cuidado de la salud, aspecto relevante si consideramos que las mujeres, como cualquier individuo, no se encuentran aisladas en su entorno. Orem (14) enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionado y calculado, que está condicionado por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado. Y en algunas circunstancias, un individuo puede decidir, por cualquier razón, no iniciar la conducta de autocuidado cuando es necesario.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem (15) considera el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia

para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. Así, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Del mismo modo, investigadores como Úbeda, Basagoiti, Alonso Aperte y Varela Moreiras (16) concluyeron que la dieta de la población de estudio se adecúa a los patrones de dieta saludable y actividad física, reflejo de la preocupación por la salud de la mujer en la etapa de la menopausia.

Fernández, Schiaffino y Martí (17) concluyeron que las mujeres ocupadas fuera del hogar tienen una mayor probabilidad de declarar su estado de salud como malo cuando presentan una mayor carga de trabajo doméstico.

Según el estudio realizado sobre la población cubana (18), son las mujeres más propensas que los hombres a sentirse faltas de energía o destreza, coincidiendo con los resultados del estudio a nivel andaluz de Otero (19), donde el tanto por ciento de mujeres que no practican actividad físico-deportiva por falta de tiempo es mayor frente a los hombres.

Aunque las mujeres tienen una esperanza de vida superior a los hombres, presentan mayor morbilidad e incapacidad, fenómeno que ha generado un amplio campo de investigación (20). Además de las diferencias biológicas que pueden explicar en parte esta paradoja, existen otros determinantes de la salud las conductas relacionadas con la salud (autocuidado) o estilos de vida, el entorno físico y social y los servicios de salud que se expresan de forma diferencial en la salud de mujeres y hombres (21).

Finalmente, entre las amas de casa es más complicado mostrar la relevancia de las actividades de autocuidado en el proceso salud enfermedad, pues al

asumirse como parte de la identidad del ser mujer, como si hubiera una capacitación de nacimiento y además una expresión de amor, no reconocen que es resultado de un esfuerzo y lo consideran poco importante en la generación de enfermedades o malestares.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. FORMULACION GENERAL:

Se propone la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015?

1.2.2. FORMULACIONES ESPECÍFICAS:

- ¿Cuál es la relación entre las características demográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015?
- ¿Cuál es la relación entre las características sociales y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

El estudio se justifica debido a que:

El oficio de ama de casa se ha basado, durante décadas, en que la mujer ha sido la encargada exclusiva de la alimentación y salud familiar.

También porque el trabajo doméstico, es una ocupación susceptible de generar riesgos en la salud de, al menos, la mitad de la población y de generar hora es ya de reconocerlo y de abordarlo expresamente importantes efectos en el conjunto de la comunidad.

Porque nuestra investigación fortalecerá conceptos y teorías relacionados al campo del autocuidado.

Y, porque el estudio tiene el propósito de que va a proporcionar información actualizada sobre la relación entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado, sobre todo a las autoridades de servicios de salud; a fin, de que elaboren o diseñen estrategias de promoción y prevención de conductas de autocuidado saludables en este grupo de población.

1.4. OBJETIVOS.

a. Objetivo General:

- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015.

b. Objetivos Específicos:

- Establecer la relación entre las características demográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015.
- Evaluar la relación entre las características sociales y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015.

1.5. HIPÓTESIS.

1.5.1. Hipótesis general:

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015.

1.5.2. Hipótesis específicas:

Ha₁: Existe una relación estadísticamente significativa entre las características demográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015.

Ha₂: Existe una relación estadísticamente significativa entre las características sociales y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015.

1.6. VARIABLES.

1.6.1. IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLES: VARIABLE DEPENDIENTE

Actividades de autocuidado.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Características sociodemográficas.

1.6.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Actividades de autocuidado	Autocuidado en alimentación	Adecuado Inadecuado	Cualitativa	Nominal
	Autocuidado en actividad física	Adecuado Inadecuado	Cualitativa	Nominal
	Autocuidado en control médico	Adecuado Inadecuado	Cualitativa	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Características socio-demográficas	Demográficos	Edad	Cuantitativa	De razón
		Residencia habitual	Cualitativa	Nominal
	Sociales	Estado civil	Cualitativa	Nominal
		Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal
		Ingreso familiar mensual	Cuantitativa	De razón
		Religión	Cualitativa	Nominal

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Los antecedentes investigativos a los siguientes estudios:

Trescastro, Galiana y Bernabeu (22) desarrollaron un estudio con el objetivo de analizar desde una perspectiva de género, a través del ejemplo del Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU) que se desarrolló en España en las décadas finales del siglo XX, los mensajes y estrategias de educación alimentaria nutricional que iban dirigidos a mejorar la capacitación de las amas de casa como garantes del bienestar familiar y como expertas en la gestión de los diversos aspectos del hogar. Su acción específica sobre las amas de casa y los argumentos sobre los que se sostenía dicha intervención afianzaron el modelo social de género en el que los hombres eran los únicos responsables de los recursos económicos del hogar y las mujeres las proveedoras de cuidados familiares y en concreto los relacionados con la alimentación y la nutrición.

Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano y Alanís-Navarro (23) realizaron un estudio con el objetivo de conocer las prácticas de autocuidado/autoatención utilizadas por un grupo de mujeres para aliviar malestares emocionales. Participaron 23 mujeres, habitantes de la Ciudad de México. Se realizaron entrevistas focalizadas mediante la técnica de entrevista de investigación social, cuyo propósito es favorecer la producción del discurso continuo sobre un tema determinado. La información se analizó con la técnica de categorización de significados, que consiste en clasificar el contenido de cada entrevista en categorías mutuamente excluyentes. Dentro de los

resultados, encontraron que las prácticas de autoatención reúnen: conductas de autocontrol, remedios caseros, automedicación y actividades de relajación. El apoyo social proviene principalmente de otras mujeres; la pareja no se considera un apoyo significativo.

Ortiz-Rodríguez, Torres-Mejía, Mainero-Ratchelous, Ángeles-Llerenas, López-Caudana, Lazcano-Ponce y Romieu (24) mediante su estudio evaluaron el efecto de la actividad física moderada (en horas por semana y METs-hora por semana) sobre el riesgo de cáncer de mama (CM). Se trata de la primera fase de un estudio multicéntrico de casos y controles con base poblacional que se desarrolló en el Distrito Federal, Monterrey y Veracruz, México, en el año 2004. Se analizaron 58 casos y 58 controles pareados a los casos por quinquenio de edad, y pertenencia al sistema de salud; participaron tres hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social, tres del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y tres de la Secretaría de Salud. Dentro de los resultados hallaron que en mujeres posmenopáusicas se observó una reducción del riesgo de CM por cada hora semanal adicional de actividad física moderada (RM= 0.91; IC95% 0.85-0.97); en mujeres premenopáusicas, la disminución del riesgo no tuvo significancia estadística (RM= 0.99; IC95% 0.94-1.05) ($p= 0.048$, modificación de efecto).

Úbeda, Basagoiti, Alonso-Apperte y Varela-Moreiras (25) realizaron un estudio para conocer la dieta y los hábitos alimentarios, a partir de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, de una muestra de 1.218 mujeres españolas en estado de menopausia-perimenopausia y edades comprendidos entre 40 y 77 años, procedentes de todas las

Comunidades Autónomas. Dentro de los resultados hallaron que la dieta de la muestra de estudio es equivalente a la dieta media de la población española, destacando los productos lácteos, que son consumidos en mayor cantidad por las mujeres participantes (aproximadamente 4 raciones/día). La ingesta energética, de proteínas y de colesterol es elevada, así como de la mayoría de vitaminas y minerales. Únicamente se han encontrado ingestas deficitarias moderadas para el ácido fólico y la vitamina D. Las mujeres de mayor edad (> 60 años) consumen menos alimentos del grupo de huevos, dulces y azúcar y varios y, por tanto, de lípidos y colesterol, aunque también de vitamina D. Un IMC elevado (IMC > 25; 61% de la población) está asociado con un mayor consumo de carnes, pescados y huevos y, por tanto, de energía. Una dieta más adecuada (mayor consumo de lácteos, frutas, verduras, legumbres, cereales y pescados) está asociado a un estilo de vida más saludable (no fumar, practicar ejercicio físico) y a la ingesta de alimentos fortificados (52,7% de la muestra total) y suplementos vitamínicos y minerales (22,8% de la muestra total), aun cuando el aporte de los micronutrientes es suficiente a través de la dieta habitual.

Martín (26) analizó la dinámica general en el caso de las madres de clases populares a partir de los resultados de una investigación cualitativa realizada en Andalucía sobre prácticas y discursos en torno a la alimentación. Encontrando con una gran distancia entre lo que se conoce sobre nutrición y las prácticas de alimentación cotidianas. Se analizaron las razones de esta discordancia, así como las dinámicas que llevan a continuas distorsiones y reinterpretaciones de los mensajes difundidos por las autoridades sanitarias. A partir de estos análisis se proponieron algunas recomendaciones de cara a

la política de salud pública: en vez de campañas informativas generales, serían más eficaces acciones más localizadas o que incidieran en las condiciones materiales de vida.

Bastías y Sanhueza (27) con el objetivo de valorar las conductas de autocuidado y manifestaciones características de la mujer del período perimenopáusico, y su relación con el perfil bio demográfico y social de estas, entre los 45 y 54 años; realizó un estudio explicativo, transversal, correlacional. La muestra estuvo formada por 148 mujeres de la comuna de Concepción, Octava Región, Chile. Los instrumentos recolectores de datos utilizados fueron: Cuestionario elaborado por la autora de este estudio, sobre antecedentes generales de la mujer en periodo perimenopáusico, Cuestionario específico de Calidad de Vida en la menopausia, Universidad de Toronto adaptado por la Fundación PROSAM en Chile en 1997 y Cuestionario de autocuidado de Vida. De acuerdo con los resultados de este estudio, el perfil bio demográfico y social de las mujeres no influenciaría la aparición de manifestaciones características del período, y las actividades de autocuidado generados por las mujeres serían independientes de estos perfiles. Entre las manifestaciones observadas, las vasomotoras no son significativas; de las manifestaciones psicológicas, lo más sobresaliente es la presencia de nerviosismo y ansiedad, como también sentirse deprimida o triste. Priman las manifestaciones físicas, principalmente presencia de flatulencia, gases o hinchazón abdominal, los dolores musculares y/o articulares, cansancio, disminución de la fuerza y de la resistencia física como también cambios en el deseo sexual y el evitar las relaciones sexuales. Las actividades de autocuidado que más se destacan, son las de

promoción de bienestar, percibiéndose la necesidad de recibir mayor información respecto a este período de sus vidas, el cual es necesario enfrentarlo, desde un punto de vista sanitario y social con una programación acorde y la misma naturalidad con que se enfrentan otras etapas de la mujer, como la reproductiva, pero contando con el apoyo adecuado y necesario para su bienestar.

Fernández, Schiaffino y Martí (28) efectuaron una investigación con el objetivo de analizar la asociación de la carga de trabajo doméstico con el estado de salud y la utilización de servicios sanitarios en las mujeres de Cornellá de Llobregat- España. Para ello, se han seleccionado 520 mujeres ocupadas fuera del hogar y amas de casa (25 a 64 años) entrevistados en la Encuesta de Salud de Cornellà (1994). Dentro de los resultados, encontraron que la convivencia con ancianos y vivir en hogares con mayor o igual a 4 miembros se asociaron a un peor estado de salud en las mujeres ocupadas fuera del hogar, que también realizaron menor uso de los servicios sanitarios si convivían con ancianos.

Y, en Huánuco, Veramendi (29) llevó a cabo un estudio cuasi experimental con pre y post test, con 60 amas de casa, en Pillcomarca - Huánuco 2012, con el objetivo de determinar el efecto de estrategias de enseñanza en estilos de vida saludables. Se utilizaron cuestionario y test validados. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba T Student. Los resultados muestran que antes de la intervención el mayor porcentaje de amas de casa evidenció inadecuados estilos de vida, y luego de aplicada, se comprobó la existencia de diferencias significativas entre los momentos y grupos respecto a los hábitos de alimentación, ejercicios, descanso y sueño, hábitos nocivos,

estrés y controles médicos ($p < 0,05$); en cuanto a los estilos de vida en general, también se comprobaron diferencias significativas ($p < 0,05$). Desde allí se concluye que, mediante la aplicación de las estrategias de enseñanza, las amas de casa mejoraron sus estilos de vida sobre todo en alimentación, ejercicios, descanso y sueño, hábitos nocivos, estrés y control médico.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AUTOCUIDADO

2.2.1.1. DEFINICIONES

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidos por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de la vida, salud o bienestar (30).

El autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las prácticas para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales; las personas que se ocupan de su autocuidado tienen las capacidades para el requisito de acción: la agencia o la capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento (31).

Colliere define el autocuidado como el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que crean hábitos de vida propios de cada grupo o persona, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, también es un acto de reciprocidad que tiende a brindarse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere de ayuda (32).

Coppard (33), plantea que el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidos a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales en tal sentido, los integrantes del equipo de salud, en

razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso.

Según Orem (34), el autocuidado no es innato, se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y dependen de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece. Por lo tanto, requiere que se enseñen; esta actividad de enseñanza constituye una responsabilidad de todo profesional de la salud, uno de ellos el enfermero, donde la educación juega un papel importante, en la medida que permite a las personas hacer frente a los problemas de salud.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. Estos conceptos fueron propuestos en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa en 1986 (35)

2.2.1.2. TIPOS

Son considerados en la teoría de Dorothea Orem como los requisitos de autocuidado:

Autocuidado Universal: Llamado también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención

de enfermedades específicas, son conocidos como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: aporte 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 conocidos y el deseo de ser normal.

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

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 cuidados, los cuales tienen como objetivos prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándoles demanda de autocuidado para la prevención secundaria. Así tenemos los Sistemas de Cuidados de Enfermería; en el cual las enfermeras pueden atender a los individuos identificando tres tipos de sistemas:

- Sistema de compensación total, el paciente no tiene papel activo en los autocuidados (paciente grave o en estado de coma). El profesional de enfermería lleva a cabo el cuidado terapéutico del paciente. “Hacer por el otro”

- Sistema de compensación parcial, el paciente participa en los cuidados de higiene, el personal de enfermería ejecuta algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensa las limitaciones para su autocuidado. “Hacer con el otro”
- Sistema de Apoyo Educativo, el paciente es capaz de llevar a cabo o aprender algunas medidas de autocuidado terapéutico pero que puede ser ayudado o prestado por otra persona (familiar, apoyo, guía, enseñanza). “Dejar hacer al otro”

Las acciones que se realizan dirigidos a cuidarse son aprendidas, y en este aprendizaje influyen múltiples factores (creencias, hábitos, nivel de conocimientos, grupo social, etc.) que determinan tanto el tipo como la cantidad de autocuidados que cada uno se aplica así mismo. La educación a pacientes no es simplemente la repetición de información o la entrega de material impreso; se trata de un procedimiento que requiere por parte del profesional de salud el dominio de habilidades para obtener información de la persona, especificar el tipo de instrucción, seleccionar la metodología pertinente, evaluar el logro de las metas, y seguir la evolución de su conducta; es un proceso realizado con la persona, y para ella, con el propósito de ayudarla a aumentar su habilidad en la toma de decisiones sobre su cuidado, manejar apropiadamente la enfermedad y mejorar su comportamiento en relación con la salud.

Para que el aprendizaje se asimile hay que integrar las acciones de autocuidado entre las actividades cotidianas, y de esta forma el autocuidado pasa a formar parte del estilo de vida personal, convirtiéndose en una acción automática que contribuye a elevar el auto-concepto y la estima personal.

La importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar implica cuidarse, cuidar y ser cuidado que son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y de la sociedad. Las disciplinas que han estudiado e investigado sobre el autocuidado están de acuerdo en que este depende de la situación y cultura de quienes la practican y está altamente influida por el nivel de conocimientos que la persona posee (36).

Son herramientas para el fomento del autocuidado; la educación, la información y la comunicación social que propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, a través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas, etc.) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprendan comportamientos de diversas formas.

2.2.1.3. MEDIDAS

a. ALIMENTACIÓN

La alimentación es el acto de consumir alimentos y ésta debe ser completa (tener todos los nutrientes), porque los nutrientes son sustancias que el organismo no sintetiza en cantidades suficientes por lo que han de ser aportados por la alimentación. La adecuada nutrición ayuda al cuerpo a combatir enfermedades y lo ayuda a sentirse mejor. Para tener una buena salud, el ser humano necesita nutrientes que le proporcionen energía (proteínas, grasas e hidratos de carbono), vitaminas, minerales y agua, en cantidad suficiente según las necesidades de la persona; debe ser

equilibrado (solo lo necesario), variada y apetitosa, adecuado para cada tipo de persona, accesible, económica, ordenado (con horario y no comer a cada rato), lo que asegurará una buena salud y calidad de vida.

La alimentación debe cubrir el consumo elevado de energía, lo fundamental es que el menú sea variado y mixto comprendiendo productos de origen animal, sales, minerales y vitaminas, asegurándose con éstas últimas una mejor utilización de las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono.

Las frutas y las verduras aseguran no solo el suministro de una buena cantidad de vitaminas al organismo, sino también la administración de sales minerales indispensables (potasio, calcio, fósforo). Las frutas y verduras, sobre todo las de color amarillo, ayudan a obtener la mayor parte de las vitaminas y minerales que se necesita para fortalecer el sistema inmunológico. El no consumir estos alimentos por lo menos tres veces por día es probable que no se obtenga las vitaminas y minerales que el cuerpo necesita. Las verduras deben ser consumidas entre 3 a 5 porciones diarias, mínimo 3 veces a la semana; las frutas entre 3 a 4 porciones diarias; estos permitirán utilizar todos los nutrientes de la alimentación. Así, la alimentación debe ser variada y no se necesita régimen dietético especial, exceptuando los casos que presenten complicaciones de hígado o digestivas.

La cantidad de agua en la dieta influye significativamente en prolongar la salud, normalmente se aconseja el consumo de 2 litros de agua aparte de las que podemos consumir por los alimentos, con lo cual se garantiza una adecuada hidratación (37).

b. EJERCICIO Y RECREACIÓN

La recreación es la realización o práctica de actividades durante el tiempo libre. El uso del tiempo libre es usado por muchas personas en actividades como la práctica de deportes que proporcionan descanso, diversión que favorece luchar contra la fatiga y la depresión, mejorar la resistencia, aumentar el estado cardiovascular, ayudar a reducir el estrés y estimular la fortaleza muscular. También favorece que el sistema inmunológico funcione mejor, también el tiempo libre es usado en mirar la televisión que nos enseña a ser pasivos y no activos, en lugar de estimular nuestra creatividad y nuestro deseo por hacer cosas de provecho tiene un efecto contrario y nos produce un letargo intelectual, y físico en cambio el deporte nos produce lo contrario. Por ello es importante que el individuo encuentre espacios en su comunidad para la práctica de deportes que lo alejen de la drogadicción y alcoholismo (38).

La recreación es una forma de descanso. El equilibrio humano puede conseguirse a través de una buena recreación dirigida, pues esta no solo tiende a establecer el equilibrio psicológico alterado por las tensiones del día, sino que enriquece nuestra personalidad, permite el desarrollo de la personalidad y la capacidad creadora. Representa al mismo tiempo un verdadero derecho individual y social que debe ser respetado y protegido. Una recreación bien concebida influye positivamente en el desarrollo del individuo, la comunidad, y la nación. Asimismo, la actividad recreativa tiene importancia, porque acompaña al individuo a lo largo de la existencia. En la recreación encontramos valores terapéuticos, psicológicos y educativos (39).

La actividad física no necesita ser intensa para dar beneficios para la salud como contribuir a mejorar la salud mental, hacer frente al estrés, y mejorar la autoestima; así como la resistencia, la fuerza y la coordinación, los beneficios son tanto físicos como psicológicos, con significativa mejoría en la calidad de vida tal como lo afirma Juan Manuel Gonzales (40).

c. CONTROL MÉDICO

Todos los adultos deben visitar al médico periódicamente, incluso estando saludables. El propósito de estas visitas es:

- Detectar enfermedades.
- Evaluar el riesgo de problemas médicos futuros.
- Fomentar un estilo de vida saludable.
- Actualizar las vacunas.
- Mantener una relación con un médico en caso de una enfermedad.

Aun cuando uno se sienta bien, es importante acudir al médico regularmente para buscar problemas potenciales. La mayoría de las personas que sufre de hipertensión ni siquiera lo sabe, y la única manera de averiguarlo es haciéndose medir la presión arterial regularmente. De igual manera, los niveles altos de colesterol y de azúcar en la sangre con frecuencia no producen ningún tipo de síntomas hasta que la enfermedad se encuentra avanzada.

Hay momentos específicos en los que se debe ir a una consulta médica. Las pautas específicas de acuerdo con la edad son las siguientes:

- Medición de la presión arterial
- Examen de colesterol
- Examen para diabetes

- Examen dental
- Examen oftalmológico
- Exámenes de las mamas
- Mamografías
- Examen de osteoporosis
- Examen pélvico y citología vaginal

2.2.2. AMA DE CASA

El trabajo doméstico es definido como el conjunto de actividades que se realizan en la esfera doméstica y que están destinadas a la satisfacción de necesidades de primer orden de los miembros de la unidad familiar, lo que le asigna el carácter de obligatorio y gratuito. La función central del trabajo doméstico es atender al consumo individual, asegurando con su satisfacción el mantenimiento, la reproducción y la reposición de la fuerza de trabajo. Y, también, la dignificación de la calidad de vida de los sujetos (41).

Pero ¿quién hace el trabajo doméstico? Este trabajo ha sido ligado a la naturaleza femenina como un atributo genérico. Como es un trabajo que históricamente ha realizado la mujer, la actividad doméstica constituye la fuente de trabajo femenino más importante, independientemente de que la mujer realice, además de éste, un trabajo extradoméstico. La hacedora del trabajo doméstico es la mujer ama de casa. En términos formales, la ama de casa es definida como trabajadora por cuenta propia del sector doméstico y como la encargada de asumir la gestión y la producción doméstica del hogar (42).

La labor de la mujer ama de casa implican, por definición, el trabajo doméstico que está en la base de la maternidad y la conyugalidad. Ser ama

de casa es inherente entonces al ser madre y esposa, real y/o simbólicamente. Sus labores están destinadas a los otros: a cuidarlos, a proveerles de satisfactores físicos y materiales. Y también de satisfactores emocionales y afectivos: de sus formas particulares de relacionarse con el mundo, de hacer, de sentir, de estar, sus creencias, saberes y lenguajes. Ser ama de casa es pues, ser de los otros. Al permitir la satisfacción de necesidades de primer orden de aquellas que, como afirma Marcela Lagarde (43), de no ser satisfechas llevarían a la muerte, la mujer ama de casa materializa su existencia en y a través de los otros.

Al tan sólo situarse en el concepto mismo de ama de casa, es evidenciable que no existe nada más alejado de la idea de poder. Al ser la mujer la principal ocupante de la esfera doméstica, concebida como la guardiana del hogar, el concepto de ama de casa ha dado la idea equívoca de dominio: se trata más bien de un trabajo realizado en condiciones serviles.

El trabajo de la mujer ama de casa ha sido socialmente construido como su responsabilidad personal, y su identidad pasa por las formas específicas del trabajo doméstico que realice. Este trabajo se manifiesta a través de nueve elementos centrales:

- 1) La no remuneración, porque quienes lo realizan, no reciben una contraprestación directa por ello, debido a que los bienes y servicios domésticos no están destinados al intercambio mercantil y las relaciones económicas de la familia no se encuentran signadas por el mercado.
- 2) La jornada interminable, puesto que no existe una regulación ni una media del horario, este trabajo se caracteriza por largas jornadas. La cantidad de tiempo que se le destina depende de las necesidades de la unidad

familiar. Además, el trabajo doméstico no presenta variaciones en fines de semana, días festivos ni vacaciones. Éstos no representan una disminución del trabajo doméstico que realiza la mujer ama de casa, por el contrario, lo incrementan.

- 3) La multiplicidad de actividades. Como carece de una definición concreta de funciones, este trabajo puede implicar una variedad infinita de tareas que requieren una compleja diferenciación: administración de recursos y del consumo, cuidado y socialización de los niños, limpiar, cocinar, planchar, coser, atender a enfermos y ancianos, transportar a los miembros de la unidad familiar a recibir servicios educativos, recreativos y de salud, reparar y dar mantenimiento al espacio doméstico, cuidar del jardín y de los animales.
- 4) La rigidez. En una palabra, las condiciones del trabajo doméstico pueden definirse por su rigidez. El límite entre el tiempo de trabajo y el tiempo de ocio o descanso para las amas de casa es difícil de trazar porque está sujeto a las necesidades de los miembros de la familia.
- 5) La escasa cualificación. Al trabajo doméstico se le ha definido como un trabajo que no requiere un aprendizaje especializado. Subyace la idea de que cualquiera lo puede hacer porque su adiestramiento se lleva a cabo en el hogar, no en una escuela ni en una fábrica. Por tanto, la persona responsable de hacerlo, parece ser sustituible por cualquier otra.
- 6) El límite de la autonomía. La libertad de acción y pensamiento de la ama de casa se encuentra limitada por el propio espacio doméstico y por las

condiciones que las funciones le representan, sujetas a las necesidades de los otros.

- 7) La indefensión. Las amas de casa que se dedican exclusivamente al trabajo doméstico, no gozan de una garantía ante situaciones adversas, tales como la enfermedad, los riesgos físicos, la vejez o el conflicto familiar, ya que no media un contrato que cubra la satisfacción de los servicios que atiendan a necesidades de este tipo.
- 8) La invisibilidad. Como el hogar no es visto como un lugar de producción, entonces el trabajo realizado en esta esfera, productor de bienes y servicios, no es reconocido como trabajo, ni en las cifras macroeconómicas ni en el imaginario social. Desde esta concepción, el trabajo doméstico no es una actividad ni es productivo. Y si bien se reconoce imprescindible para el mantenimiento del espacio público, el trabajo doméstico no amerita un reconocimiento social: el trabajo que se realiza en la casa no se ve, se da por supuesto, como una obligación. Es, por tanto, invisible.
- 9) La soledad. Como es un asunto individual y aislado, el trabajo doméstico se realiza en solitario.

En términos generales, esos son los ejes que caracterizan el trabajo doméstico, sin embargo, hay que anotar que sus límites pueden variar dependiendo de las condiciones económicas y tecnológicas en que se realice, de la maternidad y del trabajo extra-doméstico que muchas amas de casa tienen que realizar. En este sentido, cuando la mujer se incorpora al mercado de trabajo, su carga de trabajo doméstico no se reduce, ni significa, necesariamente, la incorporación de otros miembros de la unidad doméstica

(como el esposo o los hijos) al trabajo doméstico. Esto incrementa el esfuerzo de la mujer en tanto que la obliga a generar estrategias para no dejar de realizar las actividades domésticas. En resumen, la doble jornada no disminuye el volumen de trabajo, pero sí la reposición cotidiana de la mujer. Esta definición del trabajo doméstico, según las actividades y sus variantes, tiene sobre sí un complejo significado en la manera en como socialmente es percibido.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- a. **Amas de casa:** es aquella mujer que tenga estudios o no, esté preparada para trabajar o no, por distintas circunstancias de su vida, se dedica a “sus labores”, es decir limpiar, fregar, lavar, hacer las camas, atender a los hijos, la escuela, las tareas, al marido, hacer la comida...
- b. **Actividad física:** es el entrenamiento en el cual la resistencia contra la cual el músculo genera una fuerza que va aumentando progresivamente en el tiempo.
- c. **Autocuidado:** es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.
- d. **Control médico:** es una medida preventiva para conservar la salud.
- e. **Hábitos alimentarios:** concebida en el consumo de alimentos saludables y no saludables.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

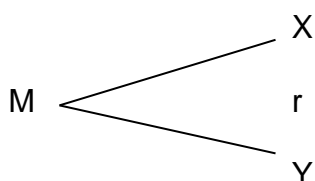
El estudio de investigación fue de tipo descriptivo observacional porque se analizó cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes; permitiendo detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue prospectivo, porque se captó la información después de la planeación.

Según el periodo y secuencia del estudio; el estudio fue transversal, porque las variables involucradas se medirán en un solo momento.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para efecto de la investigación se consideró el diseño correlacional:



Dónde:

M = Población Muestral

X = Variable Independiente

y = Variable Dependiente

r = La relación probable entre las variables

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por la totalidad de amas de casa que asisten al CLASS Pillcomarca, siendo un total de 120 amas de casa.

Criterios de selección de la población.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Amas de casa con edad mayor de 40 años
- Amas de casa con dedicación exclusiva a labores del hogar
- Amas de casa con consentimiento informado.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio:

- Amas de casa migrantes que acuden al establecimiento
- Amas de casa de casa con condición de ingreso nuevas.

Ubicación de la población en el espacio y tiempo

El estudio se llevó a cabo en el CLASS Pillcomarca, ubicado en el distrito de Pillcomarca, provincia y departamento de Huánuco. La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de julio a diciembre del 2015.

3.3.2. MUESTRA

- **Unidad de Análisis.**

Estuvo constituida por las amas de casa.

- **Unidad de Muestreo.**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Marco Muestral.**

Lista de padrón.

- **Tamaño Muestral.**

Debido a que la población es pequeña se trabajó con todas ellas, es decir con las 120 amas de casa.

- **Tipo de Muestreo:** No fue necesario la selección muestral, debido a que se trabajara con toda la población.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas

La técnica utilizada fue:

- La encuesta, debido a la consignación de una serie de preguntas que se hace a muchas personas para reunir datos o para detectar la opinión pública sobre un asunto determinado.

3.4.2. Instrumentos

Asimismo, los instrumentos utilizados fueron:

a. Encuesta sobre características sociodemográficas en amas de casa;

estuvo compuesto por datos de características demográficas y las sociales (Anexo 01).

b. Encuesta de actividades de autocuidado en amas de casa. Estuvo

conformada por datos relacionados al autocuidado en alimentación, actividad física y control médico y se asignaran calificaciones de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta, y correspondió al valor más alto para la conducta deseable (Anexo 02).

3.5. PROCEDIMIENTO.

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso al Centro de Salud en estudio.
- Se procedió a planificar un estudio piloto.
- También se consideraron capacitaciones para la ejecución del estudio.
- Una vez identificadas a la muestra en estudio se pudo clasificar a las participantes según los criterios de selección.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba de Chi cuadrado con el fin de buscar relación entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

Tabla 01. Edad en años de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015

Edad en años	Frecuencia	%
40 a 59	93	77,5
60 a más	27	22,5
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta sobre características sociodemográficas (Anexo 01).

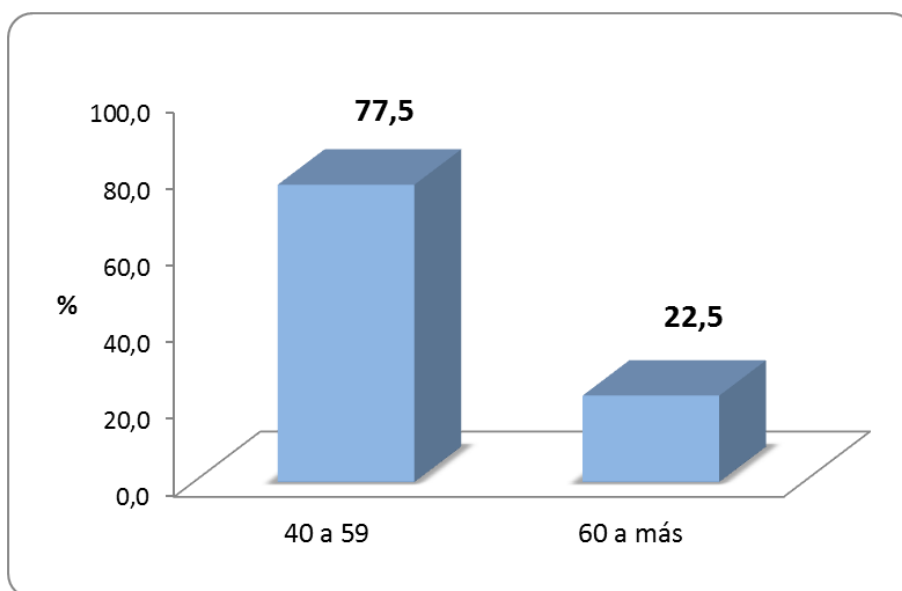


Gráfico 01. Porcentaje de amas de casa según edad en años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

En cuanto a la edad en años de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que la mayoría del 77,5% (93 amas de casa) tuvieron edades entre 40 a 59 años y el 22,5% (27 amas de casa) de 60 a más años.

Tabla 02. Lugar de residencia de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Lugar de residencia	Frecuencia	%
Rural	35	29,2
Urbana	75	62,5
Periurbana	10	8,3
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta sobre características sociodemográficas (Anexo 01).

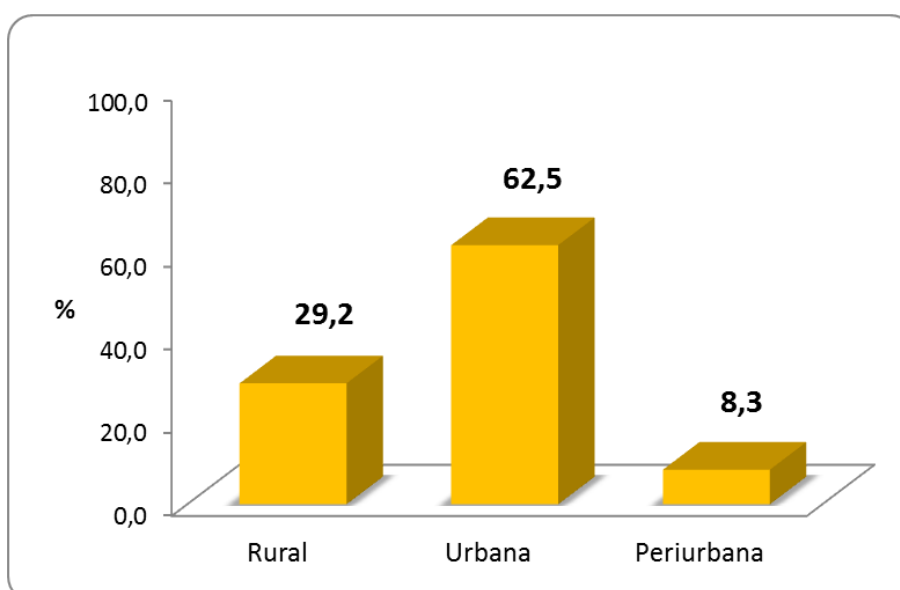


Gráfico 02. Porcentaje de amas de casa según lugar de residencia que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

En relación al lugar de residencia de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que la mayoría del 62,5% (75 amas de casa) procedían de la zona urbana, el 29,2% (35 amas de casa) de la zona rural y el 8,3% (10 amas de casa) procedían de la zona periurbana.

Tabla 03. Estado civil de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	11	9,2
Casada	44	36,7
Conviviente	65	54,2
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta sobre características sociodemográficas (Anexo 01).

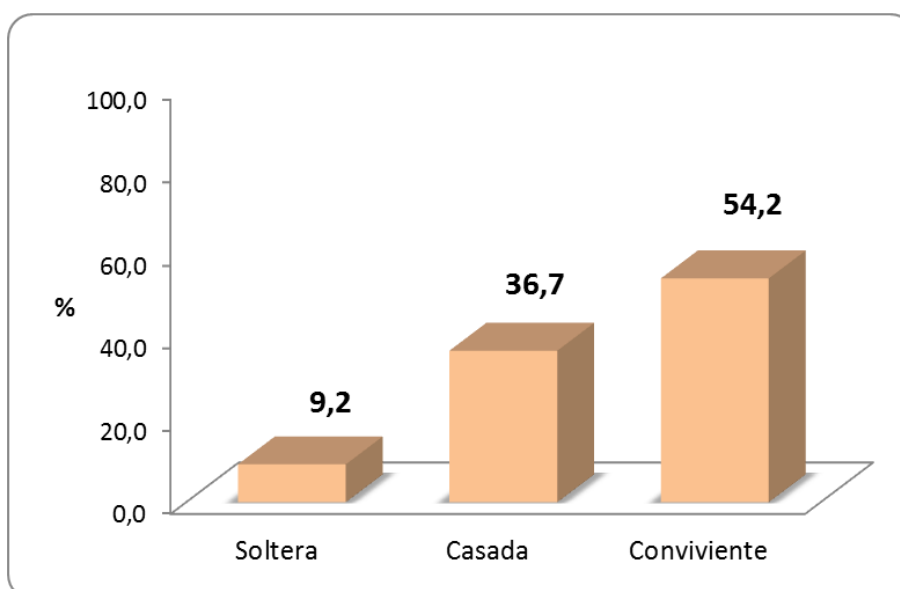


Gráfico 03. Porcentaje de amas de casa según estado civil que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Respecto al estado civil de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que el 54,2% (65 amas de casa) tuvieron la condición de conviviente, le sigue el 36,7% (44 amas de casa) con estado civil de casada y el 9,2% (11 amas de casa) fueron solteras.

Tabla 04. Grado de instrucción de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Sin estudios	8	6,7
Primaria	49	40,8
Secundaria	42	35,0
Superior	21	17,5
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta sobre características sociodemográficas (Anexo 01).

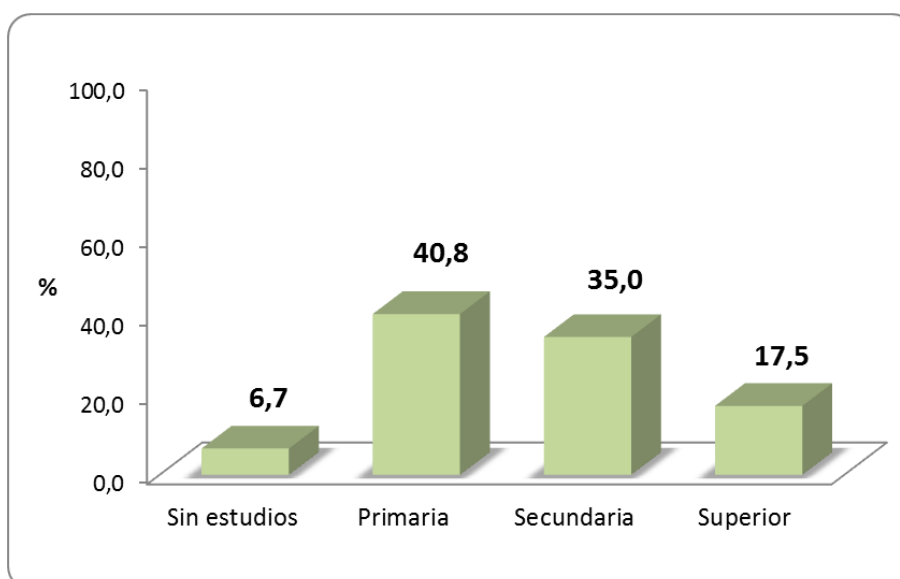


Gráfico 04. Porcentaje de amas de casa según grado de instrucción que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Con respecto al grado de instrucción de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que el 40,8% (49 amas de casa) tuvieron una educación primaria, el 35,0% (42 amas de casa) alcanzaron la educación de secundaria, el 17,5% (21 amas de casa) tuvieron la educación superior y el 6,7% (8 amas de casa) se encontraban sin estudios.

Tabla 05. Ingreso familiar en soles de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Ingreso familiar en soles	Frecuencia	%
500 a 750	41	34,2
751 a más	79	65,8
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta sobre características sociodemográficas (Anexo 01).

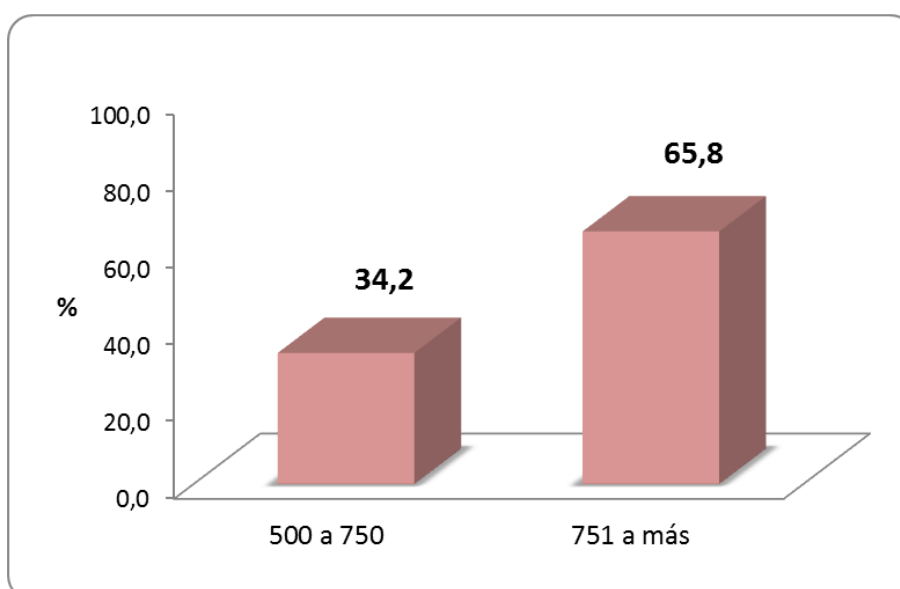


Gráfico 05. Porcentaje de amas de casa según ingreso familiar en soles que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

En razón al ingreso familiar en soles de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que la mayoría del 65,8% (79 amas de casa) percibían ingresos de 751 soles a más y el 34,2% (41 amas de casa) entre 500 a 750 soles.

Tabla 06. Religión de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Religión	Frecuencia	%
Católica	79	65,8
Evangélica	32	26,7
Mormón	9	7,5
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta sobre características sociodemográficas (Anexo 01).

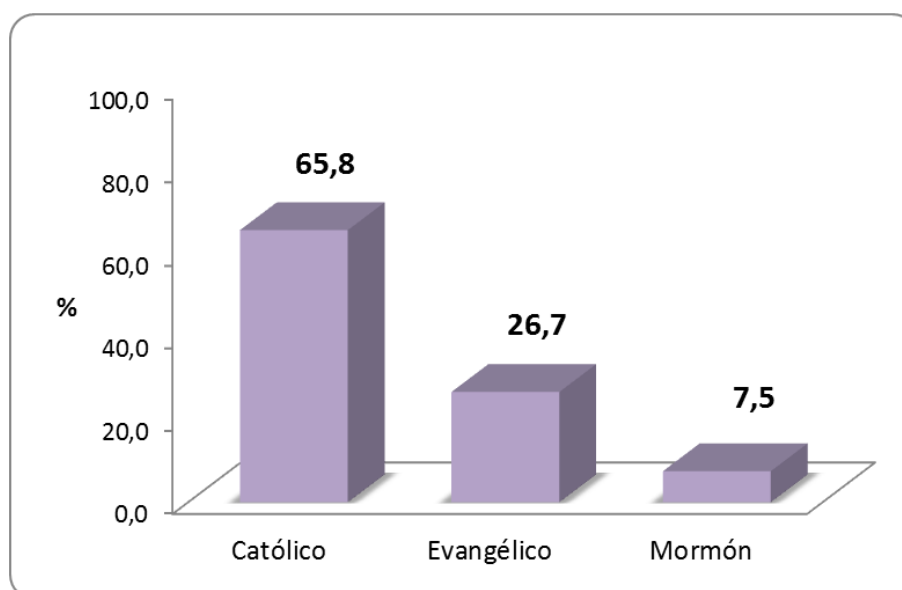


Gráfico 06. Porcentaje de amas de casa según religión que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Correspondiente a la religión de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que la mayoría del 65,8% (79 amas de casa) profesaban la religión católica, el 26,7% (32 amas de casa) la evangélica y el 7,5% (9 amas de casa) la religión mormona.

4.1.2. CARACTERISTICAS DE AUTOCUIDADO:

Tabla 07. Autocuidado en la alimentación de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Autocuidado en la alimentación	Frecuencia	%
Adecuado	95	79,2
Inadecuado	25	20,8
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta de actividades de autocuidado (Anexo 02).

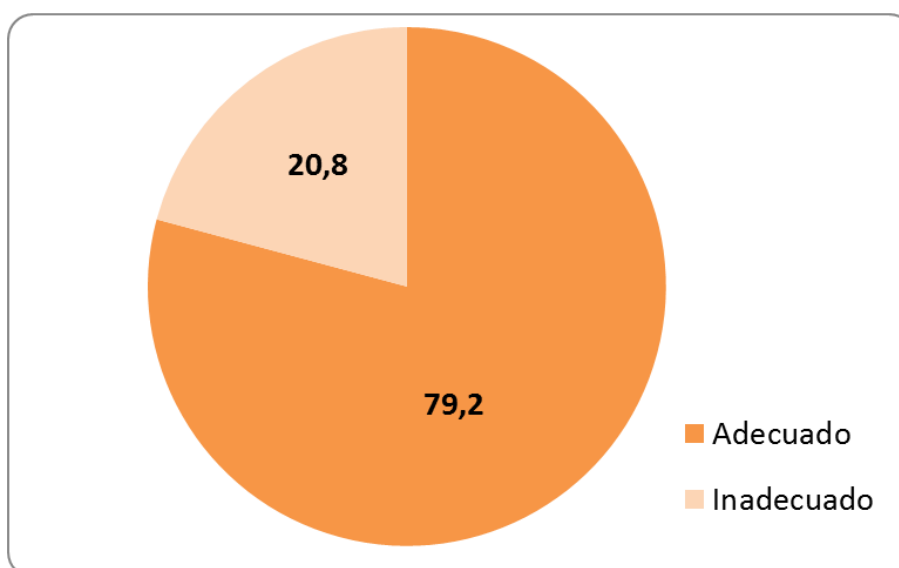


Gráfico 07. Porcentaje de amas de casa según autocuidado en la alimentación que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

En cuanto al autocuidado en la alimentación de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que la mayoría del 79,2% (95 amas de casa) poseían un autocuidado adecuado y el 20,8% (25 amas de casa) tenían autocuidado inadecuado.

Tabla 08. Autocuidado en la actividad física de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Autocuidado en la actividad física	Frecuencia	%
Adecuado	40	33,3
Inadecuado	80	66,7
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta de actividades de autocuidado (Anexo 02).

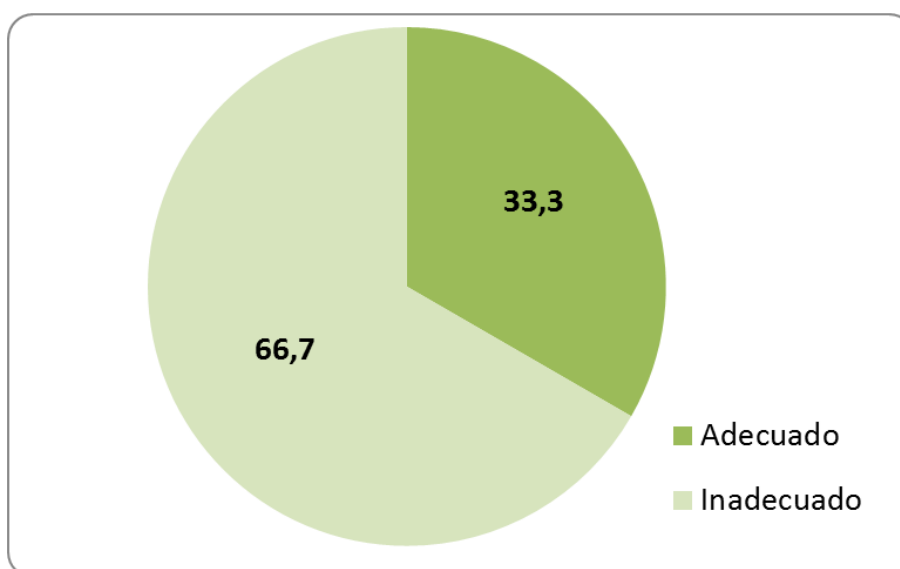


Gráfico 08. Porcentaje de amas de casa según autocuidado en la actividad física que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Respecto al autocuidado en la actividad física de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que la mayoría del 66,7% (80 amas de casa) obtenían un autocuidado inadecuado y el 33,3% (40 amas de casa) lograban autocuidado adecuado.

Tabla 09. Autocuidado en el control médico periódico de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Autocuidado en el control médico periódico	Frecuencia	%
Adecuado	57	47,5
Inadecuado	63	52,5
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta de actividades de autocuidado (Anexo 02).

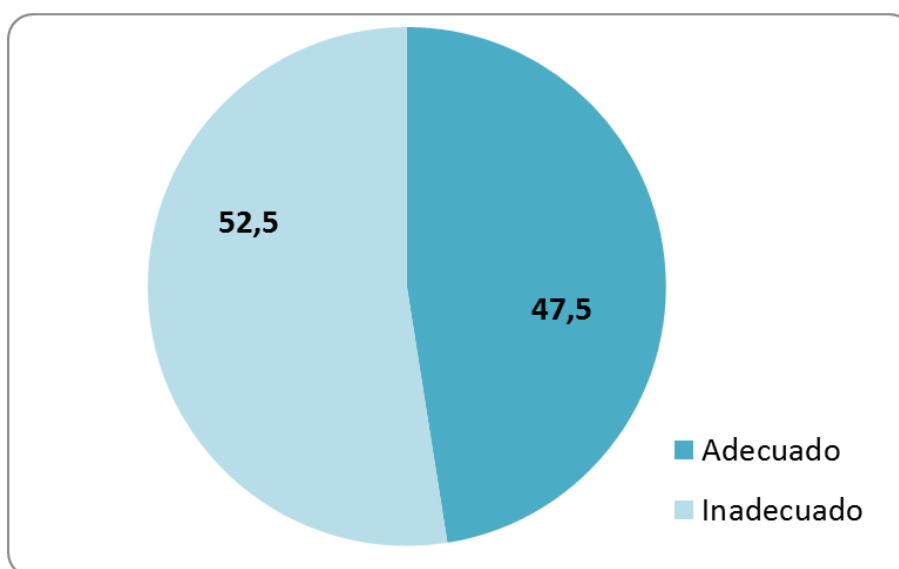


Gráfico 09. Porcentaje de amas de casa según autocuidado en el control médico periódico que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

En relación al autocuidado en el control médico periódico de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que el 52,5% (63 amas de casa) poseían un autocuidado inadecuado y el 47,5% (57 amas de casa) tenían autocuidado adecuado.

Tabla 10. Autocuidado general de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Autocuidado de amas de casa	Frecuencia	%
Adecuado	73	60,8
Inadecuado	47	39,2
Total	120	100,0

Fuente: Encuesta de actividades de autocuidado (Anexo 02).

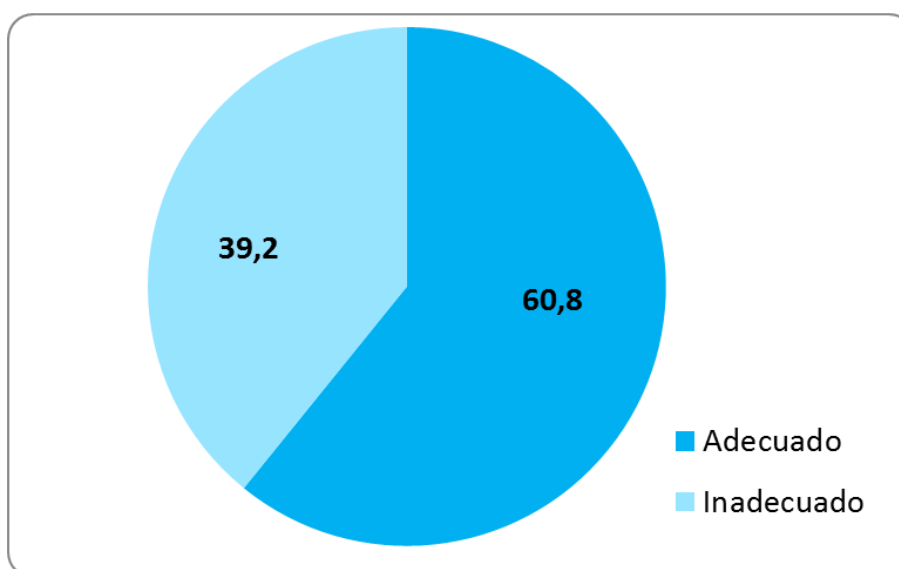


Gráfico 10. Porcentaje de amas de casa según autocuidado general que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Con respecto al autocuidado general de amas de casa mayores de 40 años en estudio, se encontró que la mayoría del 60,8% (73 amas de casa) gozaban un autocuidado adecuado y el 39,2% (47 amas de casa) obtenían autocuidado inadecuado.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS.

Tabla 11. Relación entre la edad en años y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015. CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Edad en años	Autocuidado de amas de casa				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Adecuado		Inadecuado					
	N°	%	N°	%	N°	%		
40 a 59	51	42,5	42	35,0	93	77,5		
60 a más	22	18,3	5	4,2	27	22,5	6,23	0,013
Total	73	60,8	47	39,2	120	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

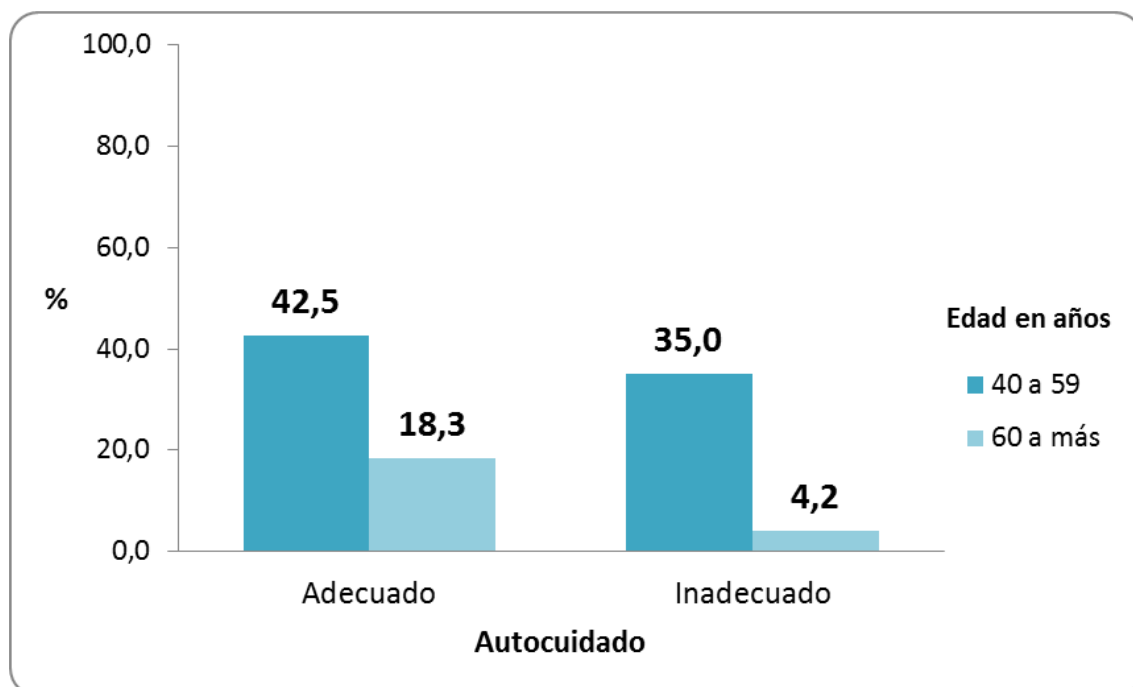


Gráfico 11. Porcentaje de amas de casa según edad en años y autocuidado que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

En cuanto a la relación entre la edad en años y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años en estudio, observamos que el 42,5% de amas de casa tuvieron edades entre 40 a 59 años y a la vez presentaron autocuidado adecuado. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=6,23$; $P\leq 0,013$) resultó significativo estadísticamente; es decir la edad en años se relaciona significativamente con el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca.

Tabla 12. Relación entre lugar de residencia y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015. CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Lugar de residencia	Autocuidado de amas de casa				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Adecuado		Inadecuado					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Rural	23	19,2	12	10,0	35	29,2	2,18	0,336
Urbana	46	38,3	29	24,2	75	62,5		
Periurbana	4	3,3	6	5,0	10	8,3		
Total	73	60,8	47	39,2	120	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

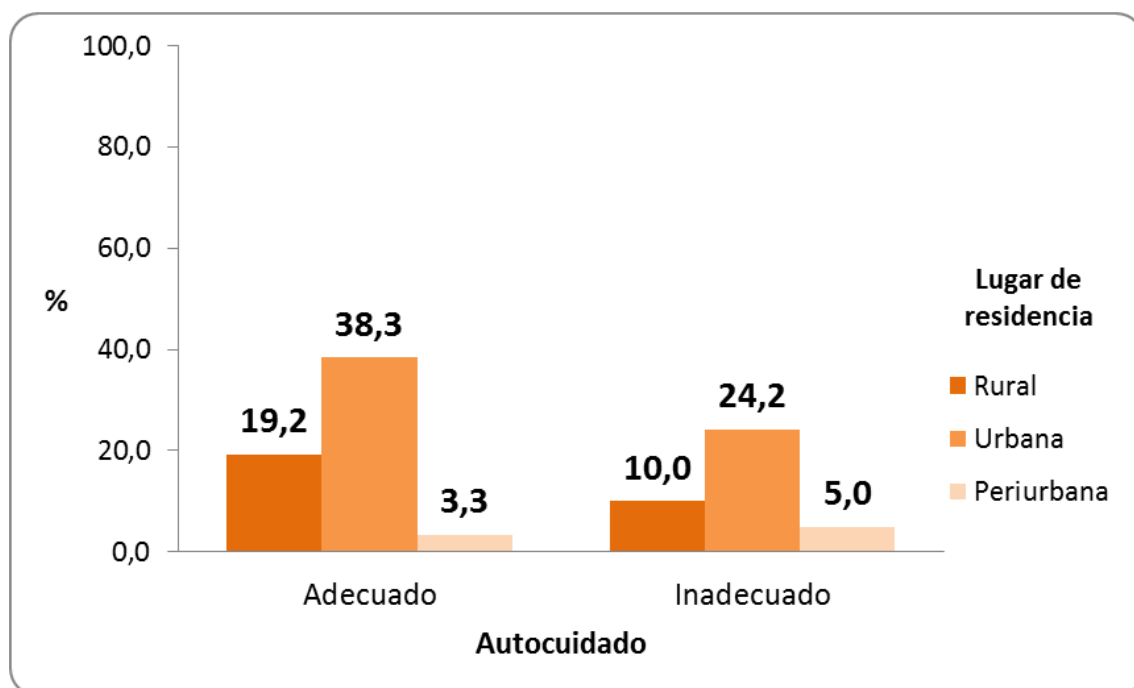


Gráfico 12. Porcentaje de amas de casa según lugar de residencia y autocuidado que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Respecto a la relación entre el lugar de residencia y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años en estudio, observamos que el 38,3% de amas de casa procedían de la zona urbana y a la vez presentaron autocuidado adecuado. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=2,18$; $P\leq 0,336$) no resultó significativo estadísticamente; es decir el lugar de residencia no se relaciona significativamente con el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca.

Tabla 13. Relación entre estado civil y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015. CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Estado civil	Autocuidado de amas de casa				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Adecuado		Inadecuado					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltera	8	6,7	3	2,5	11	9,2	0,73	0,695
Casada	26	21,7	18	15,0	44	36,7		
Conviviente	39	32,5	26	21,7	65	54,2		
Total	73	60,8	47	39,2	120	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

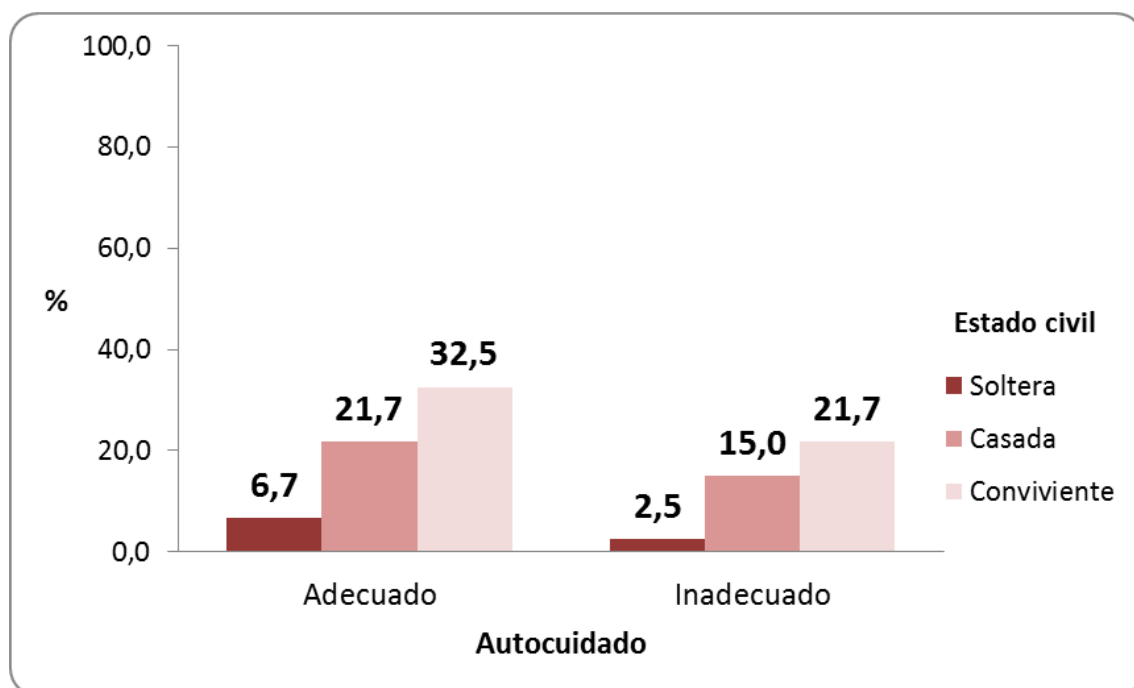


Gráfico 13. Porcentaje de amas de casa según estado civil y autocuidado que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Con respecto a la relación entre el estado civil y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años en estudio, observamos que el 32,5% de amas de casa tuvieron la condición de conviviente y a la vez presentaron autocuidado adecuado. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=0,73$; $P\leq 0,695$) no resultó significativo estadísticamente; es decir el estado civil no se relaciona significativamente con el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca.

Tabla 14. Relación entre grado de instrucción y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015. CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Grado de instrucción	Autocuidado de amas de casa				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Adecuado		Inadecuado					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin estudios	5	4,2	3	2,5	8	6,7	9,65	0,022
Primaria	26	21,7	23	19,2	49	40,8		
Secundaria	23	19,2	19	15,8	42	35,0		
Superior	19	15,8	2	1,7	21	17,5		
Total	73	60,8	47	39,2	120	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

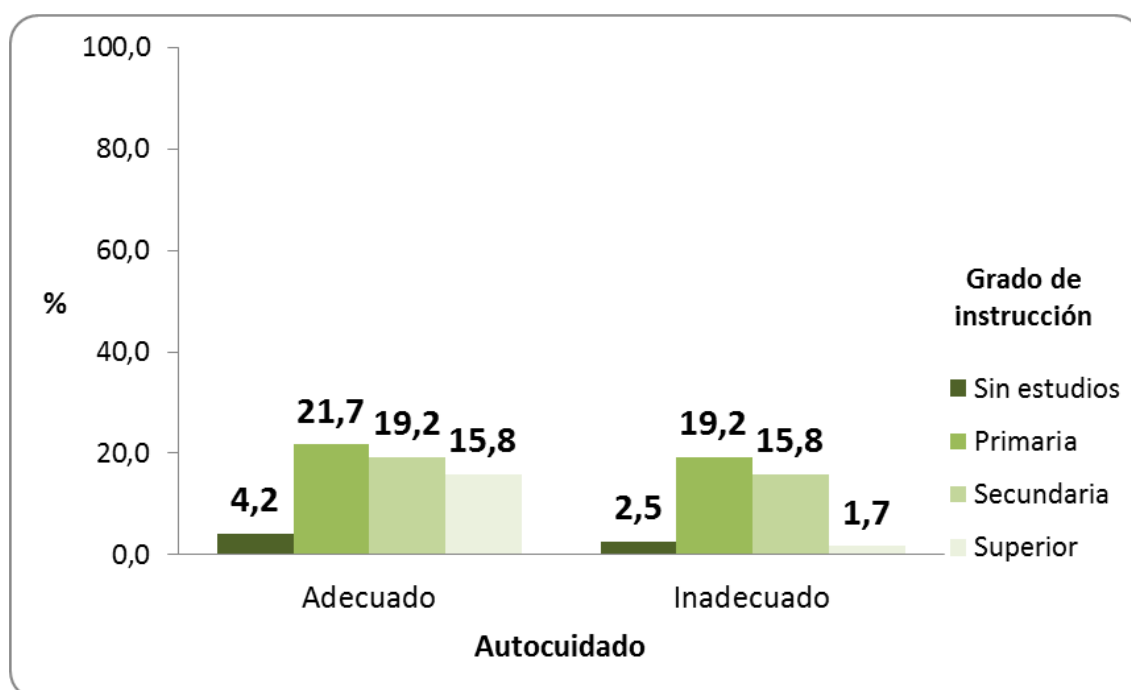


Gráfico 14. Porcentaje de amas de casa según grado de instrucción y autocuidado que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Referente a la relación entre el grado de instrucción y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años en estudio, observamos que el 21,7% de amas de casa alcanzaron la educación de primaria y a la vez presentaron autocuidado adecuado. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=9,65$; $P\leq 0,022$) resultó significativo estadísticamente; es decir el grado de instrucción se relaciona significativamente con el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca.

Tabla 15. Relación entre ingreso familiar en soles y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015. CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Ingreso familiar en soles	Autocuidado de amas de casa				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Adecuado		Inadecuado		N°	%		
	N°	%	N°	%				
500 a 750	31	25,8	10	8,3	41	34,2		
751 a más	42	35,0	37	30,8	79	65,8	5,71	0,017
Total	73	60,8	47	39,2	120	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

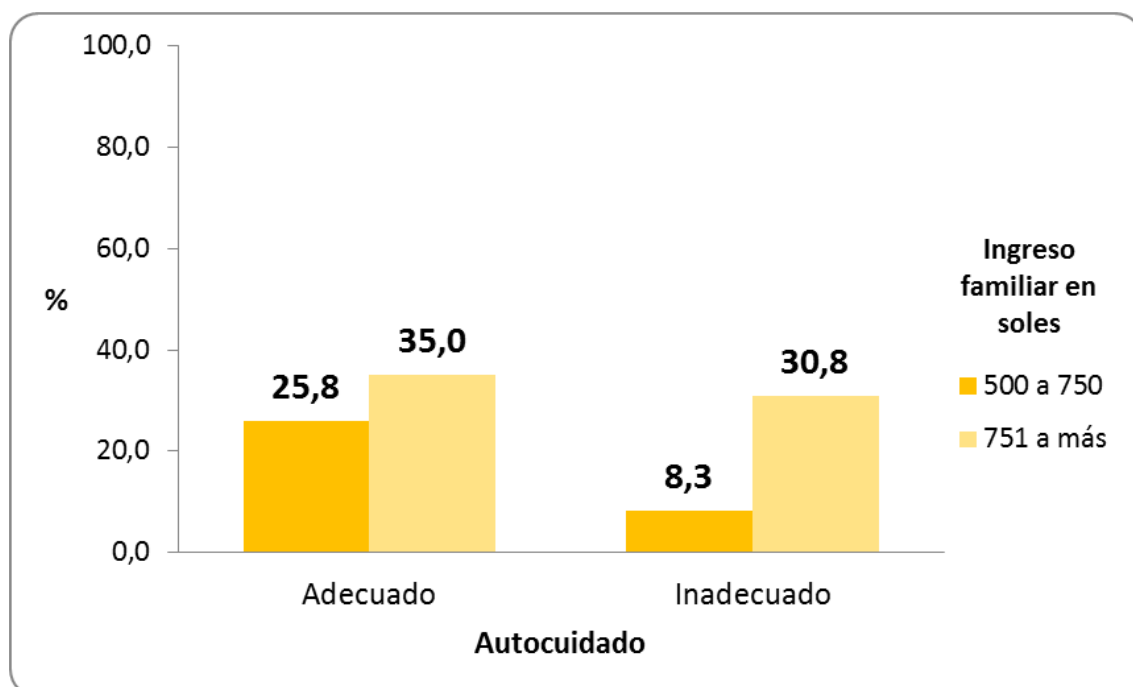


Gráfico 15. Porcentaje de amas de casa según ingreso familiar en soles y autocuidado que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Concerniente a la relación entre el ingreso familiar en soles y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años en estudio, observamos que el 35,0% de amas de casa percibían ingresos de 751 soles a más y a la vez presentaron autocuidado adecuado. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=5,71$; $P\leq 0,017$) resultó significativo estadísticamente; es decir el ingreso familiar en soles se relaciona significativamente con el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca.

Tabla 16. Relación entre religión y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015. CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Religión	Autocuidado de amas de casa				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	Adecuado		Inadecuado					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Católico	47	39,2	32	26,7	79	65,8	1,17	0,556
Evangélico	19	15,8	13	10,8	32	26,7		
Mormón	7	5,8	2	1,7	9	7,5		
Total	73	60,8	47	39,2	120	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

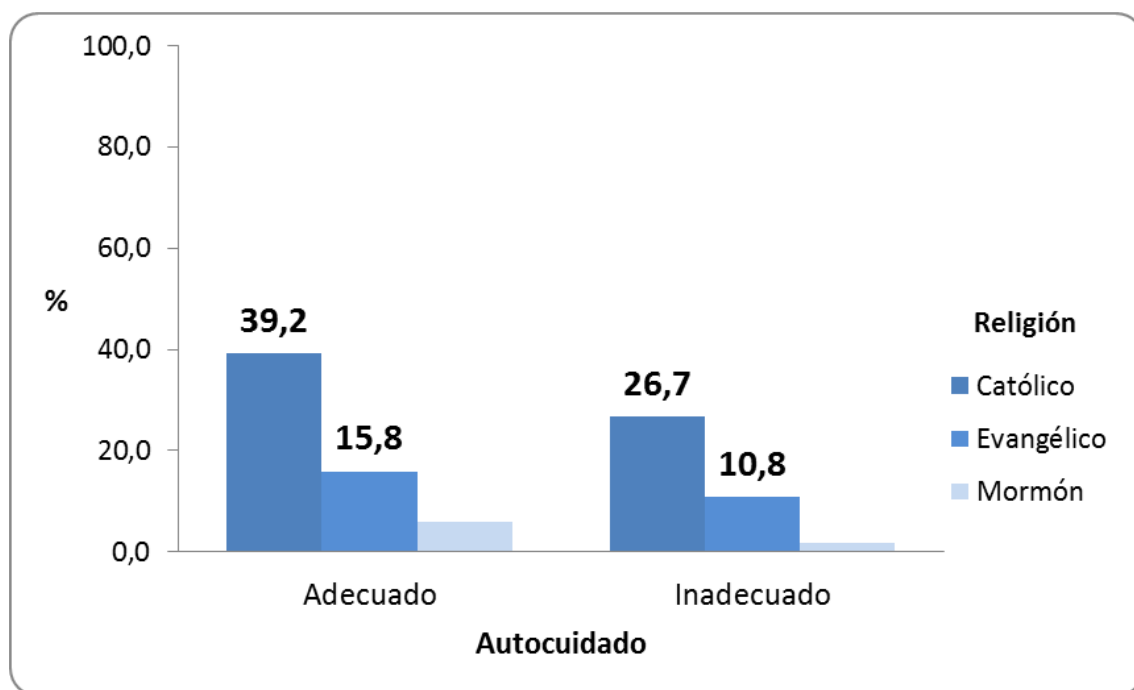


Gráfico 16. Porcentaje de amas de casa según religión y autocuidado que asisten al CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015

Y, en cuanto a la relación entre la religión y el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años en estudio, observamos que el 39,2% de amas de casa tuvieron la religión católica y a la vez presentaron autocuidado adecuado. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=1,17$; $P\leq 0,556$) no resultó significativo estadísticamente; es decir la religión no se relaciona significativamente con el autocuidado de amas de casa mayores de 40 años que asisten al CLASS Pillcomarca.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN

Frecuentemente el trabajo reproductivo es considerado como un “rol natural” de las mujeres y difícilmente tiene un reconocimiento social explícito, lo que conlleva a la realización, en un horario ilimitado, de tareas complejas, extenuantes y poco gratificantes (cuidados a personas dependientes, limpieza, cocina, plancha, compra, etc.). Esta falta de reconocimiento, muchas veces produce en las mujeres que se dedican exclusivamente al trabajo reproductivo (amas de casa), una menor autoestima y una falta de control sobre el trabajo (44). Se trata de un trabajo monótono y rutinario, con pocos contactos sociales, lo que dificulta la integración social de quienes lo realizan. En algunos casos, supone una dependencia económica total de otra persona, y en consecuencia una falta de control sobre la propia vida (45). En otros casos, y con una tendencia creciente, supone una doble carga de trabajo, con el estrés que supone una jornada ilimitada, la dificultad de compatibilizar el trabajo productivo y el reproductivo y la falta de tiempo para dedicarlo a una misma, que depende de la disponibilidad de ayuda o del grado en que estas cargas están compartidas (46).

En nuestra investigación se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y las actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años en estudio, sobre todo las actividades de autocuidado se relacionan significativamente con la edad en años ($P \leq 0,013$); el grado de instrucción ($P \leq 0,022$) y el ingreso familiar en soles ($P \leq 0,017$).

Al respecto, cabe resaltar que los estudios referidos al tema son muy escasos, sin embargo, podemos comparar nuestros resultados con los de Arango (47) quien manifiesta que el autocuidado no es un asunto de acciones mecánicas, ni mucho menos un código de conductas que invada la existencia femenina. Se asume como un proceso que tiene que lidiar con la complejidad de las historias de vida y sus diversos momentos, las circunstancias de la pertenencia a una clase social, del nivel de educación alcanzado, de la calidad y naturaleza en relaciones de convivencia, de los espacios de socialización, de la edad, del desempeño o no en un medio laboral, de las opciones personales entorno: a la sexualidad, a las creencias religiosas, a las medicinas alopáticas u homeopáticas.

De acuerdo con los resultados de Bastías y Sanhueza (48) el perfil bio demográfico y social de las mujeres no influenciaría la aparición de manifestaciones características del período, y las actividades de autocuidado generadas por las mujeres serían independientes de estos perfiles.

Por otra parte, una gran parte de los estudios realizados en Estados Unidos y en el mundo occidental muestran que en conjunto las mujeres que trabajan fuera de casa poseen mejor salud mental que las que se dedican a las labores domésticas (49). De igual modo, muchos estudios sobre la salud física de las mujeres parecen poner de manifiesto que la actividad laboral remunerada tiene efectos positivos sobre ella (50). Sin embargo, y aunque los beneficios potenciales del empleo femenino parecen claros, existen algunas cuestiones que pueden limitar e incluso anular dichos efectos, ya que ni las mujeres ni el empleo son por sí mismas categorías homogéneas (51). Factores como el estado civil, la edad, la división del trabajo doméstico,

número de personas de la unidad familiar, las cargas familiares, actitudes con respecto al empleo (personales y de la pareja), así como la clase de trabajo que desarrolla afectarán a la relación que pueda existir entre el trabajo desempeñado y la salud (52).

También se sostiene que el autocuidado entonces es una práctica que involucra todas las etapas de crecimiento en las que la persona debe trabajar cotidianamente para lograr un desarrollo armónico y equilibrado. Por otro lado, debe tener un significado real para la persona, para desear vivir bien, explorar los cuidados que puede realizar para mantenerse saludable ante una enfermedad de por medio. Es necesario que por sí misma desarrolle la conciencia que le permita construir su autocuidado. La decisión de cuidarse implica hacer un esfuerzo por el autoconocimiento, significa identificar el valor de sí mismo como persona, significa en el caso de las mujeres, entender que ser mujer, no significa atender primero a los demás, que el objetivo principal en la vida es vivir plenamente en primera persona (53).

Finalmente, dentro de las limitaciones indico que los datos aquí expuestos no podrán ser extrapolados a otras poblaciones, dado que la estrategia de muestreo estadística utilizada no garantiza la generalización de los resultados. Asimismo, la presente investigación no permite establecer explicaciones causales, sino más bien explicaciones de tipo relacional, sin embargo, la replicación sistemática de este tipo de estudios, así como el análisis de otras variables asociadas, ayudarán a una mejor comprensión del fenómeno.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Dentro de las características sociodemográficas, el 77,5% (93 amas de casa) tuvieron edades entre 40 a 59 años, el 62,5% (75 amas de casa) procedían de la zona urbana, el 54,2% (65 amas de casa) tuvieron la condición de conviviente, el 40,8% (49 amas de casa) tuvieron una educación primaria, el 65,8% (79 amas de casa) percibían ingresos de 751 soles a más y el 65,8% (79 amas de casa) profesaban la religión católica.
- El 60,8% (73 amas de casa) presentaron autocuidado adecuado.
- Por otro lado, existe una relación estadísticamente significativa entre las características demográficas, sobre todo la edad en años y las actividades de autocuidado, con $p \leq 0,013$.
- Y, existe una relación estadísticamente significativa entre las características sociales como el grado de instrucción y el ingreso familiar en soles y las actividades de autocuidado, con $p \leq 0,022$ y $p \leq 0,017$, respectivamente.

RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones, sugerimos:

- Socializar valores y principios hacia el reconocimiento de la dignidad de la mujer en círculos del hogar, familiares laborales, educacionales, recreacionales, religiosos, es decir donde transcurre el diario vivir.
- Estimular sentimientos de autoestima reconociéndolas como mujeres afirmadas, con fortalezas e intervenciones asertivas en todo lo que compete con la propia vida.
- Realizar estudios de investigación similares de tipo explicativo a fin de poder generalizar los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hoy B, Wagner L, Hall E. El autocuidado como un recurso para la salud de los ancianos: una revisión integradora del concepto. *Scand J Caring Sci* 2007; 21:456-466.
2. Arango Y. *Mujer, Salud y Autocuidado*. OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C. 1992.
3. Nussbaum M. *Las Mujeres y el Desarrollo Humano*. Barcelona: Editorial Herder. 2002.
4. Londoño A. *Hacia una Ética de Amor Propio en las Mujeres*. Memorias. Grupo Latinoamericano de Trabajo OPS/OMS. Cali, Colombia. 1992.
5. Krantz G, Östergren PO. Exposición doble: El impacto combinado de las responsabilidades domésticas y la tensión laboral en Síntomas comunes en mujeres suecas empleados. *European Journal of Public Health*, 2001;11:413-419.
6. Ferlay J, Shin JR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimaciones y carga mundial de cáncer en 2008 : *Globocan 2008*. *Int J Cancer* 2010; 127 (12): 2893-2917.
7. Medellín. Alcaldía. *Vigilancia epidemiológica para la salud, prevención de la enfermedad y asistencia social en salud, informe final consolidado año 2009*.
8. Ponce ML, Rivera A. Prácticas alimenticias de mujeres de la tercera edad de una población urbana y percepción sobre obesidad y salud. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 2009;12(1-2):24-30.
9. *Global Health Risks*. Mayores riesgos de mortalidad y carga de morbilidad atribuible al seleccionado. World health organization. report: 2009.

10. Wilson LLK, Sánchez-Rodríguez MA, Mendoza-Núñez VM. Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. Rev Fac Med UNAM. 2009;52(6).
11. INEI – Censos Nacionales de Población y Vivienda. 1940, 1961, 1972, 1981, 1993 y 2007. Perfil sociodemográfico del Perú (agosto de 2008).
12. INEI - Encuesta Nacional de Hogares, sobre Condiciones de Vida y Pobreza, IV trimestre 2002 y continua 2006 - 2008.
13. Ipsos Perú. Cómo son las amas de casa en Lima [internet]. [Consultado en setiembre 2015]. Disponible en: <http://publimetro.pe/actualidad/noticia-como-son-amas-casa-lima-28356>
14. Orem D. Consideraciones sobre la salud, los cuidados de la salud y la Enfermería. In: Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Pennsylvania, Masson y Salvat, 1993;421 pp.
15. Ibid. P. 28.
16. Úbeda N, Basagoiti M, Alonso-Apperte E, Varela-Moreiras G. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. Nutr Hosp. 2007;22(3):313-21.
17. Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. Gac Sanit 2000;14(4):287-290.
18. Ruiz JF, García ME, Pérez A. Estilos de vida en ciudad de la Habana-Cuba. Hábitos físicodeportivos y de salud. Madrid: Gymnos 2005.
19. Otero JM. Hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte (2002). Cádiz: Consejería de Turismo y Deporte. Observatorio del Deporte Andaluz 2004.

20. Rohlf I. Diferencias y desigualdades. La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1998.
21. Valls C. La atención de género en la atención primaria. Quadern CAPS 1998; 27:46-52.
22. Trescastro E, Galiana E, Bernabeu-Mestre J. El Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (1961-1982) y la capacitación de las amas de casa como responsables del bienestar familiar. Nutr. Hosp., ago. 2012;27(4).
23. Berenzon-Gorn SH, Saavedra-Solano N, Alanís-Navarro S. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. Salud Publica Mex 2009;51:474-481.
24. Ortiz-Rodríguez SP, Torres-Mejía G, Mainero-Ratchelous F, Ángeles-Llerenas A, López-Caudana AE, Lazcano-Ponce E, Romieu I. Actividad física y riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex 2008;50:126-135.
25. Úbeda N, Basagoiti M, Alonso-Apperte E, Varela-Moreiras G. Op. Cit. P. 313.
26. Martín E. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. Rev. Esp. Salud Publica 2007 Oct; 81(5):519-528.
27. Bastías EM, Sanhueza O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de concepción, Chile. Ciencia y Enfermería 2004;10(1):41-56.

28. Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Op. Cit. P. 287.
29. Veramendi N. Intervención de estrategias de enseñanza en estilos de vida saludables de las amas de casa, localidad de Pillcomarca-Huánuco 2012. Revista Educación y Desarrollo Social, Bogotá 2013;7(1):63-70.
30. Orem DE. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. (4ta ed.). España: Ediciones científicas y técnicas, S.A. 1999.
31. Ibid. P. 131.
32. Colliere MF. Promover la Vida. Editorial Mc Graw Hill. España. 1993, pg. 232.
33. Coppard D. Effective Patient Education: A Guide to Increased Compliance. Maryland: Aspen Publication; 1985.
34. Orem D. Normas prácticas de Enfermería. España. 2da Edición Editorial pirámide. Madrid. España. 1983. pg. 181.
35. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 1986 (15 Setiembre 2010) Disponible ([URL:http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf](http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf))
36. Glanz M, Glanz R. Salud y Educación para la Salud. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990.
37. García P. Fundamento de Nutrición. 1ra Edición. Editorial. Universidad Estatal de Costa Rica. San José, Costa Rica .1983. pg 217.
38. Benites M, Salinas M. Cuidados paliativos y atención primaria. 1ra Edición. Editorial Springer Barcelona, España.2000.Cap.XIX, pg. 210-211
39. Duque H, Yepes R. Como alcanzar la superación y éxito personal. 7ma Edición. Editorial San Pablo. Bogotá-Colombia. 2007 pg. 56-58.

40. Gonzales JM. Actividad física, deporte y vida. 1ra edición. Editorial Grafo.C. Vasco- España .2003 Cap. V. pg. 53
41. Rodríguez D. Trabajo femenino, ¿Salario para el trabajo doméstico?, Colectivo Atabal, México, 2001.
42. De los Ángeles M. De puertas adentro. Serie Estudios, núm. 12, Instituto de la Mujer, Madrid, 1988.
43. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas, Coordinación General de Estudios de Posgrado/Facultad de Filosofía UNAM, México, 1990.
44. Rohlfs I, De Andrés J, Borrell C, Artazcoz L, Ribalta M. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. Med Clin (Barc) 1997; 108:566-71.
45. Ross CE, Mirowsky J. ¿Cómo afecta la salud laboral? J Health Soc Behav 1995; 36:230-43.
46. Durán MA. La jornada interminable. Barcelona: Icaria; 1986.
47. Arango Y. Autocuidado, género y desarrollo humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. La manzana de la discordia, diciembre, 2007;2(4):107-115.
48. Bastías EM, Sanhueza O. Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de concepción, Chile. Cienc. enferm. 2004 Jun; 10(1):41-56.
49. Repetti R, Matthews K, Waldron I. El empleo y la salud de la mujer. American Psychologist, 1999; 11; 1394-1401.
50. Verbrugge L. Gender and health: An update on hypotheses and evidence. J our - nalHealth Social Behavior, 1995;26:156-182.

51. Doyal L. Trabajo asalariado y bienestar, en S. Wilkinson y C. Kitzinger, (compiladoras). *Mujer y salud: una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós. 1996.
52. Arber S, Gilbert, Dale A. El empleo remunerado y la salud de las mujeres. *Sociology of Health and illness*, 1995;7(3):375-401.
53. Sosa MP, López N, Torres MA, Hernández J. Sentido y significancia de prácticas de autocuidado ante el riesgo de cáncer cervico-uterino en mujeres mexicanas sanas. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Octubre-diciembre 2008;5(4).

ANEXOS

Nº encuesta:

Fecha: / /

ANEXO 01

ENCUESTA SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN AMAS DE CASA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: Caracterización sociodemográfica y su relación con actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015.

INSTRUCCIONES. Por favor, a continuación Ud., encontrará preguntas sobre las características sociodemográficas en amas de casa, para los cual marque o complete la respuesta según información proporcionada por las amas de casa. Explíqueme que no hay respuestas correctas o incorrectas, pero que por favor conteste con honestidad a lo que se le pregunta.

Gracias.

I.- DATOS DE CARACTERISTICA DEMOGRAFICOS:

1.1. ¿Cuál es su edad?

1.2. ¿Cuál es su residencia habitual?

- a) Urbana ()
- b) Periurbana ()
- c) Rural ()

II.- DATOS DE CARACTERISTICAS SOCIALES:

2.1. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casada ()
- b) Separada ()
- c) Conviviente ()
- d) Soltera ()
- e) Viuda ()

2.2. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- a) Sin estudios ()
- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Superior ()

2.3. ¿Cuánto es su ingreso familiar mensual (en soles)?

2.4. ¿Qué religión profesa Ud.?

- a) Católico ()
- b) Evangélico ()
- c) Mormón ()
- d) Otros ()

Nº encuesta:

Fecha: / /

ANEXO 02

ENCUESTA DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN AMAS DE CASA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Caracterización sociodemográfica y su relación con actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca - Huánuco 2015.

INSTRUCCIONES. Las preguntas al entrevistado son acerca de las actividades que realizó durante la semana pasada. Léale cuidadosamente cada pregunta y marque la respuesta que le sea indicada. Explíquele que no hay respuestas correctas o incorrectas, pero que por favor conteste con honestidad a lo que se le pregunta.

Gracias.

I.- DATOS SOBRE AUTOCUIDADO:

Le agradeceremos que le lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque lo que se le indique sobre las actividades en los últimos tres meses. Pida que elija una sola opción y luego marque con una X en el cuadro que contenga la respuesta indicada. Suplíquele que responda todas las preguntas.

2.1. ALIMENTACIÓN			
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre

10. ¿Cuántos vasos de agua al día consume?	4 a 8	2 a 3	0 a 1
2.2. ACTIVIDAD FÍSICA			
11. ¿Con qué frecuencia hace al menos de 20 a 30 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca
12. ¿Realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
13. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
2.3. CONTROL MÉDICO			
14. ¿Acude al establecimiento de salud para una revisión médica?	Una vez al año	Cada 2 años	Casi nunca
15. ¿Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
16. ¿Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas o campañas de salud?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
17. ¿Asiste al odontólogo para sus controles de salud odontológico?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
18. ¿Realiza chequeos ginecológicos incluyendo un examen de la pelvis, de las mamas y el papanicolau?	Una vez al año	Cada 2 años	Casi nunca
19. ¿Realiza chequeos sobre la densidad ósea mediante la densitometría?	Una vez al año	Cada 2 años	Casi nunca
20. ¿Acude al médico para realizarse los estudios cardiovasculares?	Una vez al año	Cada 2 años	Casi nunca

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE ESTUDIO

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SU RELACIÓN CON ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN AMAS DE CASA MAYORES DE 40 AÑOS QUE ASISTEN A CLASS PILLCOMARCA – HUÁNUCO 2015.

PROPÓSITO

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de observar la caracterización sociodemográfica y su relación con actividades de autocuidado en amas de casa mayores de 40 años que asisten a CLASS Pillcomarca – Huánuco 2015.

METODOLOGÍA

Se aplicará dos formularios de encuesta.

SEGURIDAD

El estudio no podrá en riesgo su salud física ni psicológica.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se incluirán a todos las amas de casa en estudio.

CONFIDENCIALIDAD

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS

El estudio no afectará la economía familiar ya que todos los gastos serán asumidos por el profesional que desarrolla el estudio de investigación. Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento. Al retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

“Yo he leído la información de esta página y consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin que esto implique riesgo a mi persona”

Participante:

.....

D.N.I.

.....

Firma:

Fecha:/...../.....