

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

**Sintomatología climatérica y su relación con las
conductas de autocuidado en mujeres atendidas en el
Hospital Marino Molina, 2016**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Obstetricia con
mención Salud Reproductiva

AUTOR

Ruth Moran Relaiza

ASESOR

Milena López Sánchez

Lima – Perú

2017

ÍNDICE GENERAL

	Pág
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.	
1.1. Situación problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Justificación teórica.....	6
1.4. Justificación práctica.....	6
1.5. Objetivos de la investigación.....	7
1.5.1. Objetivo general.....	8
1.5.2. Objetivos específicos.....	8
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación.....	9
2.2. Antecedentes de la investigación.....	15
2.3. Bases teóricas.....	24
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	
3.1. Hipótesis general.....	54
3.2. Hipótesis específicas.....	54
3.3. Identificación de variables.....	55
3.4. Operacionalización de variables.....	55
3.5. Matriz de consistencia.....	58
3.6. Tipo y diseño de investigación.....	59
3.7. Unidad de análisis.....	60
3.8. Población de estudio.....	60
3.9. Tamaño de la muestra.....	60
3.10. Selección de la muestra.....	61
3.11. Técnicas de recolección de datos.....	62
3.12. Análisis e interpretación de la información.....	64
CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Presentación de resultados.....	67
4.2. Pruebas de hipótesis.....	98
4.3. Discusión.....	103
CONCLUSIONES.....	110
RECOMENDACIONES.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXOS.....	119

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
Cuadro 1	Mujeres atendidas según características demográficas.....	67
Figura 1 A	Mujeres atendidas según grupo etareo.....	68
Figura 1 B	Mujeres atendidas según nivel educativo.....	68
Figura 1 C	Mujeres atendidas según estado conyugal.....	69
Figura 1 D	Mujeres atendidas según trabajo.....	69
Figura 1 E	Mujeres atendidas según procedencia.....	70
Figura 1 F	Mujeres atendidas según etapas del climaterio.....	70
Figura 2	Sintomatología climaterica dimensión somática según Indicadores.....	71
Figura 3	Nivel de sintomatología climaterica dimensión somática.....	72
Figura 4	Sintomatología climaterica dimensión psicológica Según indicadores.....	73
Figura 5	Nivel de sintomatología climaterica dimensión psicológica.....	74
Figura 6	Sintomatología climaterica dimensión cognitiva según indicadores.....	75
Figura 7	Nivel de sintomatología climaterica dimensión cognitiva.....	76
Figura 8	Sintomatología climaterica dimensión sexual según indicadores.....	77
Figura 9	Nivel de sintomatología climaterica dimensión sexual.....	78
Figura 10	Nivel global de sintomatología climaterica.....	79
Figura 11	Conductas de autocuidado en la dimensión somática según indicadores.....	80
Figura 12	Nivel de conductas de autocuidado en la dimensión somática.....	82
Figura 13	Conductas de autocuidado en la dimensión psicológica según indicadores.....	83
Figura 14	Nivel de conductas de autocuidado en la dimensión Psicológica.....	84
Figura 15	Conductas de autocuidado en la dimensión cognitiva según indicadores.....	85

Figura 16	Nivel de conductas de autocuidado en la dimensión Cognitiva.....	86
Figura 17	Conductas de autocuidado en la dimensión sexual según indicadores.....	87
Figura 18	Nivel de conductas de autocuidado en la dimensión sexual.....	88
Figura 19	Nivel global de conductas de autocuidado.....	89
Figura 20	Relación entre sintomatología dimensión somática y conductas de autocuidado en la dimensión somática.....	90
Figura 21	Relación entre sintomatología dimensión psicológica y conductas de autocuidado en la dimensión psicológica.....	91
Figura 22	Relación entre sintomatología dimensión cognitiva y conductas de autocuidado en la dimensión cognitiva.....	93
Figura 23	Relación entre sintomatología dimensión sexual y conductas de autocuidado en la dimensión sexual.....	95
Figura 24	Relación entre sintomatología climatérica y conductas de autocuidado.....	97

RESUMEN

En la actualidad son más de 3 millones de mujeres peruanas de 40 a 59 años de edad las que viven en menopausia y climaterio, una situación para la que no están preparadas, tampoco el sistema de salud peruano. Al igual que las más de 20 mil mujeres de la misma edad adscritas a atención en el Hospital Marino Molina quienes no reciben atención especializada. Es vital aprovechar el contacto con estas mujeres en el primer nivel de atención para enseñarles a cuidar de su propia salud, en esto se traduce el autocuidado, una valiosa herramienta para el control de la sintomatología climatérica y de las patologías asociadas a la etapa.

Se realizó un estudio cuantitativo, prospectivo y transversal de diseño correlacional en 263 mujeres de 40 a 59 años, asistentes a los consultorios de ginecología en los meses de Junio y Julio del 2016. Se utilizó un instrumento para la sintomatología climatérica y otro para las conductas de autocuidado. El objetivo general fue relacionar la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado. Se planteó la hipótesis de que estas estaban relacionadas directamente.

Los resultados mostraron que la suma de los niveles de sintomatología moderada a severa es mayor al nivel de sintomatología leve, contrariamente a lo que podría esperarse, las mujeres tienen un nivel de conductas de autocuidado ineficaz. En la dimensión somática de la sintomatología, los dolores articulares y musculares ocuparon el primer lugar. No se encontró correlación directa entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado.

Palabras clave: sintomatologia climaterica, autocuidado

SUMMARY

At present there are more than 3 million Peruvian women between the ages of 40 and 59 who live in menopause and climacteric, a situation for which they are not prepared, nor the Peruvian health system. Like the more than 20 thousand women of the same age ascribed to care in the Hospital Marino Molina who do not receive specialized attention. It is vital to take advantage of the contact with these women in the first level of care to teach them to take care of their own health, this is translated self-care, a valuable tool for the control of climacteric symptomatology and pathologies associated with the stage.

A quantitative, prospective and cross-sectional correlational study was carried out in 263 women aged 40 to 59 years attending gynecological clinics in June and July 2016. One instrument was used for climacteric symptomatology and another for Self-care behaviors. The general objective was to relate the climacteric symptomatology and the self-care behaviors. It was hypothesized that these were directly related.

The results showed that the sum of the levels of moderate to severe symptomatology is higher than the level of mild symptomatology, contrary to what could be expected, women have an ineffective level of self-care behaviors. In the somatic dimension of the symptomatology, the articular and muscular pains occupied the first place. There was no direct correlation between climacteric symptomatology and self-care behaviors.

Key words: climatheric symptomatology, self care

CAPÍTULO 1.

INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

La población de mujeres que en la actualidad vive en la menopausia y climaterio es bastante considerable, ésta es una realidad que se puede explicar con el avance de la transición demográfica es decir el cambio en la estructura de las poblaciones, que afecta a los países de América Latina en diversos grados, en el Perú sumado al mejoramiento de las condiciones de salud se ha traducido en el aumento de la expectativa de vida en las mujeres siendo en América Latina el promedio de 78 años y en el Perú de 77. Se ha observado una característica singular en nuestro país “a mayor edad, más población femenina”, mientras que hasta los 44 años el porcentaje de mujeres es levemente inferior al de los varones en todas las edades, a partir de los 45 años en adelante se invierte esta situación a medida que se avanza en la edad, se produce una tendencia creciente de población femenina. De esta forma, las mujeres representan el 50.2 por ciento a partir de los 45 años aumentando en los siguientes grupos de edad hasta llegar al 58.4 por ciento. Se ha estimado para el año 2015 hasta 3 millones 216mil 918 mujeres entre los 40 a 59 años de edad y hasta 4 millones 125 mujeres de las mismas edades para el año 2025 (Fuente: Perú estimaciones y proyecciones de población por años calendario según sexo y grupos quinquenales de edad, 2010-2025. (INEI, 2014:8, 32, 34).

Una proporción de mujeres peruanas viven en grandes ciudades y tienen la oportunidad de atender sus problemas de salud que en esta etapa se traducen en sintomatología climatérica o en la prevención a través de las pruebas de salud

periódicas en hospitales nacionales o regionales, otro porcentaje de mujeres viven en zonas urbano marginales pudiendo acceder con limitaciones a los establecimientos de atención primaria y por último muchas mujeres viven en regiones rurales las cuales no buscan atención porque saben poco o nada acerca de menopausia y climaterio.

En el ámbito de la seguridad social, en la red asistencial Sabogal que atiende a la población asegurada de la provincia del Callao, distritos del cono norte de Lima Metropolitana y otras provincias del cono norte de Lima, se observa también un incremento en la población de las mujeres adscritas en las edades de 40 a 59 años en un solo año. En el año 2014 eran 174 mil 766 mujeres que asciende para el mes de Junio del 2015 a 181 mil 324 mujeres. (Oficina de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Sabogal, 2015)

En la actualidad son 20 mil 306 las mujeres de 40 a 59 años adscritas para atención en el Hospital Marino Molina. (Oficina de Estadística del Hospital Marino Molina, 2016). El hospital pertenece a la Red Asistencial Sabogal de EsSalud, perteneciente al nivel primario de atención y se encuentra ubicado en el distrito de Comas, propiamente en la Av. Guillermo de la Fuente 515-545 Urb. Santa Luzmila II etapa a la altura de la cuadra 67 de la Av. Universitaria Norte.

En España, El Salvador, Cuba, Colombia, Chile y Uruguay existe unanimidad de criterios que asumen que las actividades de prevención y promoción de la salud de la mujer durante la transición climatérica deben desarrollarse en ámbito de la atención primaria. La atención a la mujer menopáusica debe ser un objetivo a desarrollar desde la atención primaria pues constituye el primer y en ocasiones el único contacto con la mujer. No obstante las actividades pueden realizarse en los otros niveles si fuera necesario. Recomiendan las actividades educativas e informativas grupales, de carácter interactivo, en forma periódica en diferentes turnos para facilitar la concurrencia de todas mujeres. Estos países han desarrollado guías de atención a la mujer climatérica en todos los niveles de complejidad con énfasis en la atención primaria de salud.

En el Perú, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2011 recientemente reemplazada por la nueva Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, consideró que la Salud Sexual y Reproductiva están íntimamente ligadas y son interdependientes, por lo que se les dio un enfoque integral que incluye todos los ciclos de la vida del individuo. Según esta perspectiva la Salud Reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. Por tanto la atención a la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida.

El Decreto Supremo No. 007-2016-SA del 7 de Febrero del 2016, que aprueba el nuevo Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dió por creada la nueva Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, sus funciones especificadas en el Artículo 78, incluyen la formulación y propuesta de las prioridades de intervenciones estratégicas así como la formulación e implementación de políticas, normas y lineamientos orientadas a la prevención, control y reducción de riesgos y daños de la Salud Sexual y Reproductiva (MINSAL, 2016). No obstante esta nueva dirección no ha desarrollado aún la normatividad para la atención en Salud Sexual y Reproductiva que incluya un modelo de atención para la mujer climatérica.

En el país sucede al revés, que las actividades de prevención y promoción de la salud a la mujer en el climaterio que deberían realizarse desde el nivel primario de atención, no se desarrollan o se desarrollan escasamente y más bien son los establecimientos de salud de mayor complejidad en Lima metropolitana y capitales de provincia, quienes las realizan siguiendo algunos modelos de atención de acuerdo a sus propios criterios y recursos. Ya que no existen las normas técnicas que puedan dirigir las actividades con la mujer en el climaterio.

En relación a la edad promedio de la menopausia encontramos algunas variaciones según raza, país y condiciones socio económicas. Sin embargo en la mujer peruana ocurre en promedio a los 48.6 años de edad, siendo precedida por un periodo de duración variable (premenopausia) durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico que demandan atención médica. (Paredes, 2013:16) De acuerdo a estudios realizados por el INEI el 8.5 por ciento de mujeres de 40-41 años y el 53.4 por ciento de mujeres de 48-49 años reportó estar en menopausia, es decir no estaba embarazada, ni en amenorrea post parto y su último periodo menstrual había ocurrido seis o más meses antes. (Perú: Encuesta Demográfica Familiar. ENDES 2014:138)

Por tanto si consideramos la expectativa de vida de la mujer en América Latina y el Perú y la edad promedio en que se produce la menopausia podríamos decir que estas mujeres vivirán al menos 30 años después de la menopausia y si tenemos en cuenta los efectos y riesgos que resultan del hipoestrogenismo a corto y mediano plazo, podríamos decir que las mujeres peruanas mayores de 45 años son más, viven más tiempo después de la menopausia pero no viven mejor, porque la frecuencia de sintomatología y el riesgo de enfermedades es mayor. La sobrevida más allá de la capacidad reproductiva, origina en las mujeres una condición para la cual no están preparadas. Tampoco los sistemas de salud cuentan con la infraestructura física ni los recursos suficientes para afrontar la atención de la población de mujeres de estas edades y lo que es peor es una población desatendida porque no aún no existen las normas técnicas para su atención.

En relación a la prevalencia de síntomas durante el climaterio encontrados, un estudio realizado con mujeres postmenopáusicas con síntomas vasomotores que acudieron buscando tratamiento no hormonal, se encontró que predominaban los sofocos y sudoración (100 %), moderados en 75 de ellas y grave en 17, según la MRS. Otros síntomas fueron: taquicardia (23%), trastorno del sueño (57%), ansiedad (73%) y problemas sexuales (46%). Ninguna tuvo sintomatología extremadamente grave. (Paredes, 2013:18)

Otro estudio indica que en el Perú la principal característica clínica del síndrome climatérico que se presenta en la mayoría de las mujeres y tiene implicancias socioculturales y laborales son los síntomas vasomotores. En mujeres de 40 a 59 años de 12 países de América Latina, se demostró que el 55 por ciento de las mujeres presentaban síntomas vasomotores de cualquier grado y el 9.6 por ciento presentó síntomas de intensidad severa (Rojas et al, 2013:82)

En el Hospital I Marino Molina, las mujeres de 40 a 59 años que asistieron al consultorio de ginecología de enero a diciembre en el 2015 fueron un total de 5,002. Asimismo se ha encontrado que entre los motivos de consulta en las mujeres de ese mismo grupo 2040 atenciones correspondieron a síntomas o estados menopáusicos, ocupando de esta manera el cuarto lugar en la demanda de consultas. Durante el año 2016 se dieron 8271 atenciones en los consultorios de ginecología de los cuales 1235 atenciones correspondieron a los mismos diagnósticos lo que equivale al 15 por ciento de las atenciones(OEHMM,2017) Estas cifras reflejan una situación real, que las mujeres en el climaterio si están presentando sintomatología y están buscando alternativas para resolverla.

El climaterio debe reconocerse como un periodo de transición que representa una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Por un lado, ellas requieren información, soporte y estímulo por parte de los profesionales de la salud y por otro lado, los profesionales de la salud necesitamos conocer de qué manera los síntomas climatéricos afectan la calidad de vida de las mujeres. Es vital aprovechar el contacto de estas mujeres en el primer nivel de atención sin que esto signifique no hacerlo en los establecimientos de mayor complejidad, para enseñarles a cuidar de su propia salud en esta etapa de sus vidas, en esto se traduce el autocuidado que resultaría ser una buena medida para que puedan realizar actividades de prevención y de promoción de bienestar.

El objetivo de conocer los cambios biológicos, psíquicos y sociales en el climaterio es: mantener y/o mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas del climaterio y

prevenir las patologías que incrementan su prevalencia durante esta etapa. (Testa, 2012:315).

En la actualidad las mujeres climatéricas usuarias de consulta externa en los diferentes niveles de atención de la red asistencial Sabogal y en el Hospital Marino Molina, no reciben una atención diferenciada que atienda sus necesidades de salud. Conocen muy poco acerca del climaterio o menopausia, algunas creen que son lo mismo, no reconocen los cambios y los síntomas climatéricos, no cuidan de su salud reproductiva, tienen embarazos no deseados, no controlan los factores de riesgo y persisten en realizar hábitos de vida no saludables. Ante esta problemática se plantea la siguiente pregunta.

1.2 Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina en el año 2016?

1.3 Justificación teórica

La fundamentación teórica de la investigación está orientada a reenfocar la importancia del autocuidado como estrategia básica en la atención primaria de salud en mujeres climatéricas. Esta es una etapa que puede ser propicia para los cambios, una nueva mujer empoderada podría optar por nuevos estilos de vida y adaptarse mejor si ella adquiriera los conocimientos en relación a los cambios corporales y los síntomas derivados de estos cambios. En consecuencia podría cuidar mejor de su propia salud. Por tanto la investigación recuerda la importancia de la atención preventiva es el momento de prevenir enfermedades y conservar la salud.

Para tal efecto este estudio se centrará en la Teoría del Autocuidado, un concepto que ha ido evolucionando a través de la historia a partir del cuidar de si, el ocuparse de si, el conocete a si mismo y cúrate, una filosofía que fue el centro del pensamiento griego y posteriormente occidental. El autocuidado como tal considerado en la

actualidad como una habilidad para vivir, se traduce en la realización de conductas que requieren una acción intencionada en la medida en que las mujeres identifiquen en ellas mismas la presencia de síntomas o patologías propias de la etapa lo cual además implica un conocimiento previo.

Esta investigación revelará cómo son las conductas de autocuidado en las mujeres peruanas en el climaterio, las cuales debieran ser los actos realizados como reacción ante un estímulo (síntomas), y que contrariamente a lo que se podría esperar no son predecibles, pues toda conducta humana está determinada por la interacción de factores biológicos y factores ambientales, e influenciada por amistades, la familia o los medios de comunicación, esto explica que las mujeres climatéricas no realicen las esperadas conductas de autocuidado, que las realicen parcialmente o las posterguen.

La investigación se ampara en el marco de las reformas sanitarias del Ministerio de Salud y es pertinente en el campo de estudio de la salud reproductiva, pues se trata de un tema relacionado con la salud de la mujer en una etapa de la vida que es el climaterio.

1.4. Justificación práctica

Por el costo social en el que se encuentran implicadas las mujeres climatéricas que se atienden en el Hospital Marino Molina, porque existe un costo económico que no se ha calculado aún en la atención de los síntomas climatéricos y las enfermedades dependientes de la deficiencia hormonal, así como el costo del tiempo perdido y de las actividades que esas mujeres dejan de realizar cuando enferman. Un costo evitable si las mujeres implicadas fueran prevenidas y educadas.

La mujer peruana que ha llegado a la menopausia debe ser una mujer motivada para la vida por la experiencia de los años vividos, una mujer prevenida que sepa aceptar y reconocer los cambios que el paso del tiempo trae consigo, que se interese en la prevención de las enfermedades y que sabiendo identificar los síntomas relacionados

con la disminución progresiva del estrógeno sea capaz de realizar y mantener conductas de autocuidado.

El éxito en mejorar las actuales conductas de autocuidado redundará no solo en mejorar la calidad de vida y prevenir las patologías del climaterio sino también la de los años posteriores a éste. Ya que desde la edad de la menopausia se tendrá una ventana de oportunidad de al menos quince años para lograr un impacto significativo en la prevención de patologías que se dan en las mujeres después de los 60 años de edad.

La mujer climatérica sintomática no diagnosticada ni atendida forma parte de una población demandante de atención, razón por la cual se necesita información actualizada a través de investigación científica que permita conocer las necesidades de la mujer climatérica que se atiende en el Hospital Marino Molina para que a su vez las autoridades pertinentes tomen las medidas necesarias para resolverlas.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo General.

Establecer la relación existente entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina en el año 2016.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Relacionar la sintomatología climatérica dimensión somática con las conductas de autocuidado en la dimensión somática en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina en el año 2016.
- Relacionar la sintomatología climatérica dimensión psicológica con las conductas de autocuidado en la dimensión psicológica en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina en el año 2016.
- Relacionar la sintomatología climatérica dimensión cognitiva con las conductas de autocuidado en la dimensión cognitiva en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina en el año 2016.
- Relacionar la sintomatología climatérica dimensión sexual con las conductas de autocuidado en la dimensión sexual en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina en el año 2016.

CAPÍTULO 2.

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico de la Investigación

Este trabajo de investigación se enmarca en la Teoría del autocuidado que es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad, por eso el autocuidado es la base de la pirámide de la atención primaria.

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.(Tobón, s.f)

El concepto de autocuidado tiene sus orígenes a partir del cuidado de sí que aparece en el pensamiento griego, primero bajo la forma de ansiedad causada por diversos factores, como lo son la dureza en los eventos de la vida, la obligación de actuar en diversas e inesperadas circunstancias, los procesos y asuntos sociales. Sócrates

nacido en Atenas en el año 470 a. C. introduce entre otras cosas el cuidado de sí, pues este infiere que la desdicha de la mayoría de los atenienses radica en que tienen sus intereses prioritarios puestos en sus asuntos públicos, posesiones, fama, honores, vanidades y en toda una serie de cosas que no son ellos y esto implica que no se preocupan, ni cuidan de si mismos. Sócrates les invita a transformarse, a cambiar el objeto de su preocupación a conocerse a sí y a cuidarse a sí mismo toda vez que estas dos inquietudes van de la mano.(Gonzales y López, 2014:32)

Si bien Sócrates debido a su agudeza de razonamiento y facilidad de palabra mantuvo el método llamado “mayéutica” o conocimiento a través del cuestionamiento, no escribió ningún libro ni fundó ninguna escuela filosófica, fueron sus discípulos Platón y el historiador Jenofonte quienes dan a saber al mundo su pensamiento. Platón escribió innumerables libros y cartas, sus escritos adoptaban formas de diálogo a través de los cuales exponía ideas filosóficas en las que se discutían y criticaban en el contexto de una conversación o un debate en el que participaban dos o más personas.

La noción de *de soi*, con el “de sí” como aportación socrática, designa el gesto que hace que uno vuelva sobre sí, a partir del cual cambiamos nuestra escala de valores. Conocerse a si mismo es una condición para llevar a cabo el cuidado de uno mismo, conocerse a si mismo implica tener absoluto conocimiento de la naturaleza del alma que gobierna al cuerpo y constituye la realidad del hombre. El cuidado de sí supone el conocimiento también de sí y semejante ejercicio no excluye el cuidado de otros, por el contrario implica a los demás. En suma para Sócrates el cuidado de sí se encuentra íntimamente ligado al conocimiento de sí: este conocimiento conduce al cuidado de sí y el cuidado revierte en el despliegue del ser de uno.(Gonzales y López, 2014:33)

Todo empieza cuando el joven Alcibiades amigo personal de Sócrates a quien conoció en una de las batallas atenienses en donde probablemente le había salvado la vida quiere incursionar en la política; entonces Sócrates le dice que conociéndose también podrá saber con más facilidad la forma de cuidar de si mismo para luego

cuidar de los demás , la inquietud del sí se establecía con respecto a la ignorancia que el mismo Alcibíades ignora. Con el imperativo “conócete a tí mismo” por medio del autoconocimiento, Alcibíades comprendió cuales eran sus falencias, aquello que ignoraba y de lo que debía preocuparse ; pero tambien él debía preocuparse por su alma, solo así podría saber como comportarse para gobernar la ciudad. (Oporto, 2015:17) En épocas posteriores como en el siglo I y II de la era cristiana, el cuidado del sí tuvo algunas modificaciones en su estructura, el fin era distinto más bien era uno mismo. En la medida en que las diversas escuelas filosóficas se estaban preocupando de la inquietud del sí y esa inquietud se vinculaba con la finalidad del yo, lo que se estaba haciendo era estrechar la relación entre la filosofía y las técnicas de vida, o de existir o de vivir. Teniendo en cuenta lo expresado y pensando que las prácticas del cuidado de sí estaban dirigidas a corregir, formar, reformar, un estado en el que se indicaba una naturaleza que el individuo deseaba cambiar, se podía hacer un enlace inmediato con la medicina.(Oporto, 2015:18)

Cien años después de la muerte de Sócrates, aparecen corrientes de pensamiento filosófico como la escuela estoica que coexiste con la epicúrea y escéptica en lo que en la historia de la Filosofía se conoce por helenismo. Resulta curioso observar cómo ha evolucionado el concepto de estoicismo, escepticismo o cinismo en el cultura actual. Se dice que soportamos estoicamente los males cuando lo hacemos con serenidad, que somos escépticos cuando no creemos en algo salvo demostración categórica y acusamos de cínicos a quienes se burlan de la moral y las convenciones. Frente al silencio del escepticismo y la rebeldía del cinismo y epicureísmo , el estoicismo contrasta con todas ellas por su búsqueda de la felicidad en la sabiduría y la virtud.

La escuela estoica fundada en Atenas por Zenón de Citium , con Epícteto y Marco Aurelio como sus exponentes, surge como una forma de soportar todo el caos en el que estaban viviendo en aquella sociedad. Lo cual también afectaba a los filósofos , ellos mismos eran perseguidos, de modo que cuando estaba mermada la capacidad de controlar el propio destino, los estoicos dieron las claves para seguir siendo los capitanes de nuestro mundo interior.

El punto de partida de la doctrina estoica es el de que entre todas las cosas del mundo hay algunas que dependen de nosotros y otras que no. De nosotros dependen nuestros juicios y opiniones, nuestros movimientos y deseos, nuestras inclinaciones y nuestras aversiones; en resumen todos nuestros actos. En cambio, aquellas cosas que no dependen de nosotros son el cuerpo, los bienes materiales, la fama, las dignidades y honores, es decir, todas aquellas cosas que no entran en el ámbito de nuestros propios actos. Epícteto pone al cuerpo entre aquellas cosas que no nos pertenecen. Si no se quiere que los deseos se frustren no deberíamos desear sino aquello que dependa de nosotros. Solo nuestros actos dependen de nosotros por entero, y los actos que benefician los cuidados del cuerpo y la salud son buenos y deseables pero no son una garantía para no padecer enfermedad ni librarse de la muerte. La salud preciosa y la vida misma, como cualquier bien que no depende de nosotros, son frágiles y están sujetas a cambios que pueden ser drásticos e inesperados. (Vargas, 2013)

Las cartas que Marco Aurelio escribía son una evidencia de que a través de la escritura es posible notar los aspectos más singulares del “cuidado del sí”. Escribe hablando de sí mismo y de la forma como se relacionan el cuerpo y el alma, aunque para los estoicos no era necesario el cuerpo, al menos para Séneca y Plinio, adquiere una valiosa importancia la reflexión filosófica puesto que el cuerpo refleja de alguna forma la mayor parte del estado físico y anímico de cada individuo. Por eso Platón decía que antes de pensar era necesario alimentarse para tener un rendimiento y concentración al momento de pensar. La preocupación de Marco Aurelio por la salud es una forma de “cuidarse de sí”, el individuo debe dar forma a tal o cual parte de sí mismo como materia principal de su conducta moral. Entonces el sí mismo se ajusta a las necesidades según la conducta moral que realice el individuo. Por eso “el cuidado médico permanente es uno de los rasgos centrales del cuidado de sí. Uno debe convertirse en el médico de sí mismo”. (Herliam, 2012) La idea platónica del cuidado del sí se fue perdiendo a lo largo de la época helenística, pasando a transformarse en un “cuidado médico permanente”, “un principio general e incondicional, un imperativo impuesto a todos, todo el tiempo y sin condición de estatus” (Oporto, 2015: 18)

Por otro lado los avances científicos y tecnológicos , especialmente los relacionados con la medicina, también han influido en el concepto y las formas de promocionar el cuidado. Las personas no se conforman y buscan información, entonces conscientes de sus derechos a la salud , exigen más conocimientos y recursos para autocuidarse, así como mayor participación en las decisiones con respecto a su salud utilizando a las instituciones sanitarias como apoyo en este proceso.

Estas ideas son expresadas y apoyadas en la Declaración de la Conferencia de Alma Ata en 1978, que estableció el concepto de la salud, como un derecho humano y propuso como enfoque central de la estrategia de atención primaria la reorientación de recursos hacia el cuidado básico y hacia la prevención y no exclusivamente hacia los hospitales y la alta tecnología médica. En dicha oportunidad se destacó la participación social y multisectorial como elemento clave para mejorar el nivel de salud de la población y el derecho y deber que tienen las personas de participar en su atención sanitaria (OPS/OMS, 2003). De esta manera se planteo que la población tiene un papel preponderante en el cuidado de su propia salud.

Desde entonces se ha enfatizado la promoción de la Salud, lo cual es notorio cuando observamos que se han realizado una serie de conferencias mundiales de promoción de la salud. Siendo necesario enfatizar la diferencia entre lo que es prevención y promoción , pues de acuerdo a estos conceptos las personas eligen entre una de estas dos opciones para asumir su propio cuidado. Ambos persiguen como una meta la salud, la prevención lo hace haciendo como referencia la aparición de la enfermedad su objetivo es la ausencia de la enfermedad mientras que la promoción busca optimizar el estado de bienestar haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades personales para lograr cambios en el entorno de la vida del individuo.

La primera de las Conferencias Mundiales de promoción de la Salud, se celebró en Ottawa en 1986, dio como resultado la carta de Ottawa para el fomento de la salud, tras esta histórica conferencia se organizaron otras en Adelaida(1988), Sundsvall (1991),Yakarta (1997), Ciudad de México (2000), Bangkok(2005), Nairobi (2009) y más recientemente Helsinki(2013).

La 9na Conferencia Mundial de Promoción de la Salud llamada “La promoción de la salud en los objetivos del desarrollo sostenible “, celebrada en Shangai China en el 2016, es la última de las conferencias , la cual tuvo como objetivo situar la promoción de la salud en el centro del desarrollo sostenible. Posibilitar que las personas , los gobiernos y la sociedad civil aborden los determinantes sociales de la salud y que las personas tomen control de sus vidas y de su propia salud para lograr los objetivos del desarrollo sostenible.

La Declaración de Shangai para la promoción de salud, reafirma algunos compromisos entre los que destacan que los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y fomentan la equidad. Se hace un llamamiento a la acción, y reconoce que la salud es una decisión política y que hay que contrarrestar los intereses perjudiciales para la salud y eliminar los obstáculos al empoderamiento. Pero la salud depende del estilo de vida y de las decisiones al elegir salud y por ello publicaron la infografía con 12 consejos para gozar de buena salud; que nos son mas que conductas de autocuidado que vendrían a asegurar la promoción de la salud. (Declaración de Shangai , 2016)

Ya en el siglo XX uno de los aportes mas importantes al autocuidado es la Teoría del Autocuidado desarrollada por Dorotea Orem en el año 1971, una enfermera norteamericana, cuando escribió su primer libro, desde allí se desarrollaron teorías y subteorías que componen este modelo de gran aplicación en la época actual. La teoría de Orem dada a conocer en el año 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. Orem enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo y se basa en la premisa que lo individuos saben cuando necesitan ayuda y por lo tanto son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado, en algunas circunstancias un individuo puede decidir por cualquier razón no iniciar

la conducta de autocuidado cuando es necesaria. Según Orem el autocuidado no es innato, se debe aprender y depende de las costumbres, creencia y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo pertenece. (Orem, 1993)

A pesar del avance de la ciencia y la tecnología para alcanzar el desarrollo humano, el autocuidado como una práctica de dimensión individual y colectiva, es una herramienta para alcanzar estos objetivos, que supera el ámbito biológico y se adentra en la subjetividad de cada individuo, de tal manera que su autocuidado es el resultado de autovalorarse y reconocer su autonomía , para realizar acciones correctivas y tomar conciencia de lo saludable y lo no saludable. En el aprendizaje del autocuidado influyen múltiples factores que determinan tanto el tipo como la cantidad de autocuidados que cada uno se aplica a sí mismo. Para que el aprendizaje se asimile hay que integrar las acciones de autocuidado entre las actividades de la vida cotidiana y de esta forma el autocuidado pasa a formar parte del estilo de vida personal.

2.2. Antecedentes de Investigación

2.2.1. Internacionales

Escobar en su estudio “Factores socio demográficos y calidad de vida según la escala de puntuación menopáusica en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al sub centro de salud de Huachi Chico” en Ecuador, tuvo como objetivo establecer los factores socio demográficos que afectan en la calidad de vida según la escala de puntuación menopáusica en mujeres de 40 a 59 años. El enfoque de la investigación fue cualitativo y cuantitativo. Fue una investigación de campo con diseño transversal. Se incluyeron a 221 mujeres de 40 a 59 años. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario para evaluar las variables socio demográficas y la escala de puntuación menopáusica para la evaluación de la calidad de vida. Los resultados de la investigación mostraron que los factores socio demográficos de las mujeres sí afectan su calidad de vida. La dimensión más afectada en las mujeres de 40

a 59 años fue la urogenital de acuerdo a la escala de puntuación menopáusica, se observó que de las 129 pacientes estudiadas 52 mujeres presentaron problemas sexuales severos lo que representaba el 43 % de la muestra. Las características somáticas que afectan la calidad de vida de las mujeres de 40 a 59 años climatéricas fue la presencia leve de bochornos en 48 pacientes es decir en el 37 %, 56 presentaron palpitaciones leves es decir 41 % y 47 mujeres presentaron problemas leves del sueño es decir el 36 % y 41 pacientes presentaron problemas osteo articulares leves equivalentes al 32 %. (Escobar, 2015)

Barrientos y Casas en su estudio llamado “Prácticas de autocuidado en salud y conocimientos que tienen las mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo peri menopáusico en la comuna de La Unión en Chile , tuvieron como objetivo general conocer las prácticas de autocuidado en salud y los conocimientos , sus objetivos específicos fueron relacionar las variables en estudio tales como variables bio socio demográficas, los conocimientos, signos y síntomas climatéricos y las prácticas de autocuidado en salud entre las que consideraron como dimensiones al control de salud, alimentación saludable, actividad física , hábitos nocivos y medidas farmacológicas.

El estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo y corte transversal, los instrumentos de recolección de datos fue de fuente primaria, a través de cuestionarios auto administrados para las cuatro variables. Para las variables biosociodemográficas, conocimientos y prácticas de autocuidado los instrumentos fueron elaborados por las investigadoras y posteriormente validados por expertos y por los usuarios, para la variable signos y síntomas se usó la Escala Climatérica. Los resultados demostraron que un 16.1% de las informantes no conocen la definición de climaterio, sin embargo si reconocen en su mayoría la sintomatología propia de este periodo y medidas no farmacológicas para aliviar estos síntomas. En cuanto a las prácticas de autocuidado, la mayoría de las mujeres asistió a control ginecológico (79 %), consume alimentos saludables durante la semana, evita el consumo de alcohol

(64.5 %) y el cigarrillo (71%) y no utilizan medidas farmacológicas. En cuanto a la sintomatología un 91.9% de las informantes refirió poseer síntomas leves, moderados o severos. Los signos y síntomas que destacaron fueron las molestias articulares y musculares (16.1%), cansancio físico y mental (14.5%), dificultades en el sueño (11.3%) y ansiedad (11.3%). En el rango de molestias moderadas, los más frecuentes fueron irritabilidad (32.3%), molestias articulares y musculares y cansancio físico y mental, ambos en un 30.6%. (Barrientos y Casas, 2013)

Couto y Nápoles en su estudio “Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social” en Cuba. Su objetivo fue describir las principales manifestaciones clínicas del síndrome climatérico. Fue un estudio descriptivo y transversal en 341 mujeres entre 40 a 59 años, para la realización de la investigación se aplicó la escala climatérica cubana propuesta para la atención integral de estas pacientes y una historia clínica con aspectos psicosociales. Se estudiaron mujeres peri menopaúsicas y mujeres post menopaúsicas según si la menopausia fue natural o artificial. Se elaboró una historia clínica con los aspectos psicosociales más relevantes como autoestima inadecuada por defecto, insatisfacción laboral, recarga familiar y sin apoyo familiar así como las principales modalidades de tratamiento. Los resultados mostraron que la edad promedio de las pacientes en la etapa perimenopausia fue de 47.2 años, mientras que en las posmenopáusicas resultó ser de 49.2 años. Que el tipo de menopausia influye directamente en la severidad del síndrome climatérico. En la menopausia artificial, los síntomas fueron muy molestos para 69.1 % de las afectadas; asimismo, los sofocos predominaron en 88.2 % seguidos de las sudoraciones nocturnas en 82.7 % de ellas. La depresión y el insomnio fueron los síntomas psicológicos más relevantes con 84.7 y 78 % respectivamente. La medicina natural primordialmente la homeopatía y la terapia floral predominaron con el 49.2 % y entre las mujeres con post menopausia artificial predominó la terapia hormonal de reemplazo con estrógenos solos. Estos constituyeron las principales modalidades de tratamiento. (Couto y Nápoles, 2012)

López y colaboradores en su estudio "Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la Menopause Rating Scale" en Santiago de Chile. Su objetivo fue identificar la frecuencia e intensidad de los síntomas de la transición menopáusica. Se realizó un estudio transversal, comparativo de base poblacional, con mujeres de 45 a 64 años, usuarias de los consultorios de atención primaria. La selección de la muestra se realizó en dos fases. En la primera fase se aplicó un muestreo aleatorio simple para selección de los consultorios, lo que dio un total de 5 consultorios. En la segunda fase, se seleccionó el número de mujeres por consultorio mediante un muestreo aleatorio simple. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario auto aplicado, que incluye variables demográficas. Para evaluar la calidad de vida en base a la intensidad de la sintomatología climatérica se utilizó la Escala de puntuación menopáusica MRS. Los resultados mostraron que la frecuencia de la sintomatología climatérica se presentó elevada, sin grandes diferencias entre los dos grupos evaluados es decir pre menopáusico y post menopáusica. Entre los dos síntomas más frecuentes destacan las molestias musculares y articulares (indicada por un 80% de las mujeres pre menopáusicas y un 85% de las post menopáusicas, seguidos del cansancio físico y mental que fue de 76% en las pre menopáusicas y 81% de las post menopáusicas. Entre los síntomas menos referidos se encontró la sequedad vaginales 45 % en pre menopáusicas y 55 % en post menopáusicas y los problemas sexuales 51% en el pre menopáusicas y 58 % en post menopáusicas. Se observó una tendencia a la mayor severidad de la sintomatología climatérica en los años que siguen a la menopausia. En ambos grupos se constató que existía un deterioro moderado den la calidad de vida, relacionado principalmente con los síntomas psicológicos. Al analizar comparativamente los índices globales de calidad de vida, estos revelaron puntajes peores en el grupo post menopáusico en todos los dominios de la escala climatérica. (Lòpez et al, 2010)

2.2.2. Nacionales

Lòpez en su tesis “Intensidad del síndrome climatérico y la calidad de vida de las mujeres atendidas en el hospital de San Juan de Lurigancho, realizó un estudio de tipo observacional con diseño correlacional, prospectivo de corte transversal , tuvo una muestra de 161 mujeres de 45 a 59 años que acudieron al consultorio externo de Gineco Obstetricia. Su objetivo fue relacionar la intensidad del síndrome climatérico con la calidad de vida. El instrumento para medir la intensidad del síndrome climatérico fue la Escala de Cervantes de calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados arrojaron que la mayoría de las pacientes encuestadas (73.3%) presenta síntomas climatéricos entre moderados o muy molestos, mientras que el 26.7 % manifiesta entre síntomas leves o son asintomáticas. Asimismo la mayoría de pacientes (83.3 %) tiene un compromiso entre intermedio y buen nivel de la calidad de vida y un 16.8 % manifiesta un deterioro o compromiso muy importante en la calidad de vida. Acerca de la intensidad del síndrome climatérico y la calidad de vida, se observó que existía relación estadísticamente significativa entre la intensidad del síndrome climatérico de forma global y calidad de vida. Respecto a las dimensiones, se evidenció, que existe relación entre los síntomas circulatorios, síntomas genitourinarios, síntomas generales , signos clínicos y la calidad de vida de las participantes en etapa del climaterio es decir que conforme aumentaba la intensidad de los síndrome climatérico hay un incremento del compromiso de la calidad de vida en diferentes grados. (Lòpez E, 2014)

Cornejo en su tesis “Relación de los estilos de vida y los síntomas climatéricos en mujeres menopáusicas atendidas en el hospital de San Juan de Lurigancho. Tuvo como objetivo determinar la relación entre estilos de vida y síntomas climatéricos en mujeres menopáusicas. La población en estudio estuvo constituida por 250 mujeres, el cual fue el promedio trimestral de mujeres, entre 45 a 55 años, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. El tipo de investigación fue aplicada de corte transversal y prospectivo. Su diseño fue descriptivo – correlacional. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos usados fueron la Escala Cubana para la

intensidad del síndrome climatérico y un cuestionario creado por la autora para estilos de vida. Los resultados de la investigación mostraron en cuanto a datos sociodemográficos que la mayoría de las mujeres tienen entre 49 a 52 años (38%), con un grado de instrucción predominante de nivel secundario (42%), no observándose analfabetismo; con ocupación de amas de casa (60%) aunque otras laboran de manera independiente o dependiente; con estado civil de casadas (37%) o convivientes (35%); así mismo la mayoría tiene más de dos hijos (89%). En cuanto a los estilos de vida el 81% de mujeres perimenopáusicas encuestadas presentaron estilos de vida no saludables y el 19% presentaron estilos de vida saludables a nivel global y en las 7 dimensiones en estudio. Así mismo el 48% de las mujeres manifestaron síntomas moderados, el 31% síntomas intensos y el 20% síntomas leves. La mayoría de mujeres presentan estilo de vida no saludable respecto al IMC (80%), al consumo inadecuado de frutas (90%) y lácteos (72%), consumo de golosinas (64%), comidas rápidas (83%), alcohol y cigarrillos (64%), falta de ejercicio (84%) y caminatas de >30, (80%), realización de PAP (53%) y mamografía (80%), no sentirse importante (59%) y apreciada por los demás (71%), tranquilizarse cuando hay problemas (77%) y tomar medidas para despejar su mente (84%), inadecuada comunicación con su pareja (76%), hijos (74%) y amistades (78%). El 48% de mujeres perimenopáusicas encuestadas presentaron síntomas climatéricos moderados, seguido de un 31% con síntomas climatéricos muy molestos, el 20% con síntomas climatéricos leves y solo un 1% de síntomas climatéricos muy leves. Entre los síntomas climatéricos destacan los sofocos (30%), sudoraciones nocturnas (30%), dolores de cabeza (37%), labilidad emocional (60%), pérdida de capacidad de memoria – concentración (48%), irritabilidad (49%), apatía (52%), tristeza (50%), disminución de interés sexual (30%), nerviosismo (44%), disminución de placer sexual (31%), dolores musculares – osteo articulares (55%), aumento de peso (39%). Los estilos de vida no saludables se asociaron a mayor porcentaje de síntomas moderados a muy molestos en estas mujeres. (Cornejo, 2014)

Medina en su tesis “Vivencias y conductas de autocuidado durante la etapa del climaterio y menopausia en el Hospital Regional de Cajamarca en el Perú. Tuvo como objetivos describir las vivencias de las mujeres climatéricas y menopáusicas, identificar prácticas de autocuidado en las mujeres menopáusicas y climatéricas, identificar las manifestaciones más comunes en las áreas vasomotora, psicosocial, física y sexual en mujeres climatéricas y menopáusicas. El estudio tuvo un enfoque cualitativo y cuantitativo, analítico y transversal. La muestra estuvo conformada por 104 mujeres entre 40 a 54 años que acudieron al consultorio de ginecología del hospital. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario pre elaborado, un cuestionario específico de calidad de vida en el climaterio y la menopausia (PROSAM CHILE) y el cuestionario de autocuidado de VODA. Los resultados en las entrevistas al grupo focal: las mujeres climatéricas consumen harina de coca, leche de soya, quinua y maca, predominan las manifestaciones vasomotoras, no evitan las relaciones sexuales 66 %. Los resultados del estudio cuantitativo muestran Actividades de autocuidado: consumo de hierbas naturales como manzanilla, romero y valeriana. Hábitos de salud: 16.7% se realiza autoexamen de mamas, el 83 % de mujeres menopáusicas realizan caminatas, utilizan terapia de reemplazo hormonal el 25 %, sienten comodidad íntima con su pareja, el 33%, no disfruta su sexualidad, actividades de autocuidado el 33 % consumen productos lácteos, el 41% y consumen verduras y frutas el 5 % y asistencia al médico para controles de salud 75 %. La edad de inicio de los síntomas de climaterio se encontró entre los 40 a 44 años y de menopausia entre 45 a 49 años .Los síntomas que predominaron en el climaterio fueron bochornos, descontento con su vida personal, dolores de cabeza , dificultad para dormir y sequedad vaginal. En la menopausia destacaron bochornos y sudoraciones nocturnas, depresión, ansiedad, pérdida de memoria, dolores musculares y articulares y cambios en el deseo sexual. Además las mujeres climatéricas se niegan a aceptar la llegada de esta etapa mientras que las menopáusicas la aceptan. (Medina, 2013)

Zamora en su tesis “Cambios menopáusicos en mujeres atendidas en el hospital Sergio Bernales. El objetivo general fue determinar los cambios menopáusicos en mujeres asistentes al hospital. Fue un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo de nivel descriptivo transversal. El tipo de muestreo probabilístico. La muestra estuvo conformada por 80 mujeres menopáusicas. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS 20. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario cuya primera sección correspondió a datos socio demográficos y la segunda parte a sintomatología asociada a la menopausia en las áreas psicológica y somática. Los resultados de la investigación demostraron asociación entre las características socio demográficos y socio culturales con síntomas del área vasomotora como las sudoraciones nocturnas y los bochornos. Así como en relación a síntomas del área psicológica. Se encontró que las mujeres del grupo de 46 a 50 años, las procedentes de la sierra, las amas de casa, las que tenían estudios secundarios, mujeres multíparas y aquellas con amenorrea de 1 a 2 años presentaban en mayor porcentaje sudoraciones nocturnas y bochornos. En relación a los cambios psicológicos se determinó que las mujeres procedentes de la sierra, las amas de casa, las mujeres convivientes en éstas el doble en relación a las casadas, las que tenían secundaria, las mujeres multíparas y aquellas con menarquía de 11 a 13 años presentaban mayor porcentaje de irritabilidad. (Zamora, 2012)

Quevedo en su tesis “Calidad de vida y su relación con la percepción de la salud en la mujer durante la post menopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa en Tacna. Tuvo como objetivo determinar la percepción de la calidad de vida y su relación con su percepción de salud en la mujer en la post menopausia. Fue un estudio descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron 126 mujeres en edad post menopáusica de 56 años a más del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, utilizaron un muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de datos se realizó a través del método de la encuesta obteniendo información a través del cuestionario estructurado auto administrado por etapas. Los instrumentos usados fueron la

Escala de Cervantes de calidad de vida relacionada con la salud y un cuestionario validado para percepción de la salud. Entre los principales resultados se observó una regular percepción de la salud, con un porcentaje de 65,9% y una mala percepción de la salud con un 5,6 %. Que el mayor porcentaje es de 53,2% y corresponde a la pérdida moderada de la calidad de vida en la menopausia y salud, y un 3,2 % tienen una pérdida grave. Se observó además que hay una pérdida moderada de la salud de la mujer postmenopáusicas alcanzando un 71,4% y una pérdida grave con un 3,2%. En la sintomatología vasomotora, el mayor porcentaje corresponde a una pérdida moderada con un 48,4%, y un 12,7% a una pérdida grave. En el envejecimiento, el mayor porcentaje corresponde a una pérdida moderada con un 50%, mientras que el menor porcentaje es de 4,8 % ubicándose en una pérdida grave. En el dominio psíquico en las mujeres postmenopáusicas, se encuentra un mayor porcentaje en pérdida moderada con el 61,9%, mientras que el menor porcentaje 2,4 % tienen una pérdida grave. En la sexualidad las mujeres postmenopáusicas tienen mayor porcentaje de 88,9% en pérdida moderada y un menor porcentaje de 0,8 % en pérdida grave. En la mujer postmenopáusicas según la relación de pareja tiene un mayor porcentaje del 65,1% en pérdida moderada, mientras que el menor porcentaje 14,3 % tienen una pérdida grave, el menor porcentaje 6% tiene una regular percepción de salud con una pérdida grave en el envejecimiento. En el cuadro La pérdida leve del dominio psíquico tiene una mala percepción de la salud de 71,4 %, mientras que la pérdida moderada del dominio psíquico de 66,7% tiene una buena percepción de salud. La pérdida moderada de la sexualidad tiene una regular percepción de la salud de 90,4 %, mientras que la pérdida grave de la sexualidad de 2,8% tiene una buena percepción de salud. La pérdida moderada de la relación de pareja tiene una mala percepción de la salud de 71,4 %, mientras que la pérdida moderada de la sexualidad de 71,1% tiene una regular percepción de la salud. La pérdida moderada de la calidad de vida presenta una regular percepción de salud con un 73,8% mientras que la pérdida grave de la calidad de vida tiene una regular percepción de salud en un 66,7%. (Quevedo, 2012)

2.3. Bases teóricas

2.3.1. *Climaterio y menopausia*

Con el término menopausia, peri menopausia , transición menopáusica o climaterio se hace referencia a una etapa de la vida de la mujer que viene marcada por el cese de las menstruaciones periódicas que la han acompañado desde la menarquía, hecho que viene determinado por la disminución de la producción hormonal de los ovarios como consecuencia del agotamiento folicular. (Gonzales Merlo, Gonzales Bosquet, 2014:101).

Aunque su significado no es el mismo, con frecuencia en la actualidad se utilizan de manera sinónima las palabras menopausia, climaterio o peri menopausia, intentaremos dar las siguientes definiciones.

Climaterio es un proceso natural y fisiológico en la vida de la mujer en la que ocurren cambios físicos, psicológicos y sociales, comprende el período que se extiende desde el inicio de la declinación de la madurez reproductiva hasta el inicio de la senectud. No todas las mujeres presentan un cuadro clínico característico sino que afectan a cada mujer de manera diferente. Estas molestias están influenciadas por factores hereditarios y medio- ambientales, lo que permite que existan variaciones individuales. (Rojas J.J, Olavide P.R, Pacora P. Percy, 2013:81)

Es en esta etapa que ocurre un evento fundamental que es la menopausia la cual delimita a las que podrían llamarse las fases del climaterio como son la peri menopausia y la post menopausia cabe resaltar que el término pre menopausia está dejando de usarse por las confusiones a las que puede llevar.

“La menopausia es el cese permanente de las menstruaciones que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Se reconoce tras 12 meses

consecutivos de amenorrea por lo que el diagnóstico es siempre retrospectivo” (Gonzales M y Gonzales B, 2014:101)

En relación a la menopausia en la mujer rural, si le preguntáramos a una mujer del campo en qué momento entró en la menopausia, probablemente ni se acuerde. En la mujer andina la menopausia se presenta un poco antes y los síntomas que padecen son menores, quizá por su propia idiosincrasia. Ellas se levantan muy temprano, hacen las cosas de la casa y luego se van al campo a trabajar hasta que se oculta el sol. Esta ardua actividad física les permite generar endorfina como si hubieran ido a un gimnasio, eso ayuda a evitar los síntomas vasomotores como los bochornos o la depresión. Además la alimentación basada en elementos naturales con alto contenido de calcio y estar bajo el sol contribuyen a que sus niveles de vitamina D sean los adecuados para evitar el desarrollo de osteoporosis. Definitivamente las mujeres que vivimos en las ciudades presentamos mayores problemas. (Oyanguren, 2011:120)

La peri menopausia es el término referido exclusivamente a los años que preceden a la menopausia con evidentes manifestaciones clínicas y hormonales y que incluye al año siguiente a la última menstruación o menopausia. También se le denomina transición menopáusica y es en este periodo cuando se presentan con mayor intensidad los síntomas producidos por la disminución de estrógenos. (Rojas J. et al, 2013:82)

La post menopausia es el periodo de tiempo después de cerciorada la menopausia y el inicio de la senectud. En esta etapa aparecen muchas de las enfermedades crónico degenerativas que afectan a la mujer. (Rojas J. et al, 2013:82)

2.3.2 Fisiología de la menopausia

Durante la vida fértil de una mujer se libera la hormona liberadora de gonadotropinas de manera pulsátil en el hipotálamo. Esta se une a los receptores en los gonadotropos hipofisarios para estimular la liberación cíclica de hormona luteinizante y folículo estimulante. A su vez estas gonadotropinas estimulan la producción de esteroides ováricos: estrógenos y progesterona e inhibina, ésta ejerce una acción de retroalimentación negativa sobre la secreción de hormona folículo estimulante en la hipófisis. Este sistema endocrino estricto origina ciclos menstruales ovulatorios que son regulares y predecibles. (Hoffman y Shorge , 2014), (Gonzales M y Gonzales B, 2014)

La transición entre ciclos ovulatorios y menopausia suele comenzar a finales de los 40 años y al principio de la transición menopáusica, las concentraciones de FSH se incrementan levemente y ocasionan una respuesta folicular ovárica aumentada, esto genera concentraciones elevadas de estrógeno a nivel general. El aumento de las concentraciones de FSH se atribuye a una disminución en la secreción ovárica de inhibina. (Hoffman y Shorge ,2014), (Gonzales M y Gonzales B, 2014)

En la peri menopausia, la producción de estradiol fluctúa con los niveles cambiantes de FSH y no se reducen de forma importante sino hasta tarde en la transición menopáusica, se observan folículo génesis alterada y anovulación, los folículos ováricos presentan una tasa acelerada de pérdida hasta agotar el suministro de folículos. Estos cambios, incluido el aumento en las concentraciones de FSH reflejan la calidad y la capacidad de los folículos avejentados para secretar inhibina. . (Hoffman y Shorge , 2014), (Gonzales M y Gonzales B, 2014)

Con la insuficiencia ovárica en la menopausia cesa la liberación de hormonas esteroideas ováricas y se desencadena el asa de retroalimentación negativa.

Posteriormente la hormona liberadora de gonadotropina hipotalámica es liberada a su máxima frecuencia y amplitud, lo que da como resultado concentraciones circulantes de FSH y LH las cuales aumentan hasta cuatro veces más que las observadas en los años reproductivos. . (Hoffman y Shorge, 2014), (Gonzales M y Gonzales B, 2014)

El diagnóstico de la transición menopáusica se basa principalmente en la información de los antecedentes. En la post menopausia, debido al incremento marcado en las concentraciones de FSH, este se convierte en un marcador confiable

La disminución de folículos ováricos es un proceso que en realidad comienza dentro del útero en el ovario embrionario por atresia programada de ovocitos. A partir del nacimiento, se activan de manera continua folículos primordiales que maduran de forma parcial y luego sufren regresión. Esta activación folicular continúa en un patrón constante que es independiente del estímulo hipofisario.

Sin embargo la evidencia sugiere que esta activación regular de los folículos está acelerada durante la vida reproductiva tardía. Una depleción más rápida de los folículos ováricos inicia a finales de los 30 años de vida y a comienzos de los 40 y continúa hasta un punto en el cual el ovario menopáusico se encuentra virtualmente desprovisto de folículos. . (Hoffman y Shorge, 2014), (Gonzales M y Gonzales B, 2014)

En promedio, las mujeres pueden experimentar aproximadamente 400 episodios ovulatorios durante su tiempo de vida reproductiva. Esta cifra representa un pequeño porcentaje de los 6 a 7 millones de ovocitos que existen a las 20 semanas de gestación o incluso de los 400,000 ovocitos que se encuentran en el nacimiento. El acontecimiento principal que provoca la pérdida final de la actividad ovárica y la menopausia es la atresia del grupo

no dominante de folículos que en gran parte es independiente del ciclo menstrual. (Hoffman y Shorge, 2014), (Gonzales M y Gonzales B, 2014)

2.3.3. Sintomatología en el climaterio

Hace más de dos décadas los autores atribuyeron la sintomatología en las mujeres climatéricas a la disminución de la actividad ovárica, a los factores socio-culturales y a factores psicológicos. Se mencionó que los signos y síntomas de la menopausia podían clasificarse de acuerdo a los relacionados de modo concluyente con deficiencias de estrógenos, a los que guardan relación probable con tal deficiencia o a los que posiblemente estaban relacionados con otras hormonas.

Barrientos y Casas clasificaron la sintomatología en dos dimensiones Biológica o somática y psicosocial. En la dimensión biológica consideraron: cambios en el ciclo menstrual, vasomotores y urogenitales. Y en la dimensión psicosocial incluyen cambios en el ámbito emocional como son el nerviosismo, la ansiedad e irritabilidad. Cambios en el estado de ánimo con tendencia a la depresión y trastornos del sueño. Alteraciones en el área cognoscitiva que alteran la memoria y la capacidad de concentración así como cambios en la libido. Además consideraron todos los aspectos sociales. (Barrientos y Casas, 2013)

Otros autores han clasificado la sintomatología de acuerdo a su aparición durante las etapas del climaterio (Gonzales M y Gonzales B, 2014), según esta clasificación se han descrito a) Sintomatología de instauración temprana, se han considerado a las alteraciones menstruales, bochornos, sudoración, palpitación, alteración de la sexualidad, cambios neurológicos centrales y cambios psicológicos como la inestabilidad emocional, cefalea, capacidad cognitiva y depresión, astenia e insomnio. b) Sintomatología de instauración a medio plazo que incluyen la atrofia urogenital con síntomas como sequedad vaginal, dispareunia, disuria, incontinencia urinaria de esfuerzo, así como el

aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular y c) Sintomatología de instauración tardía, consideran a la osteoporosis, dolores articulares y diabetes mellitus.

En esta investigación la autora describirá la sintomatología climatérica resultante de los cambios que se dan en todos los niveles, de acuerdo a las siguientes dimensiones:

2.3.3.1. Dimensión Somática

Cambios menstruales. “Aproximadamente el 90 por ciento de las mujeres experimentan de 4 a 8 años de cambios en el ciclo menstrual antes de una menopausia natural, los cambios incluyen sangrados intensos de larga duración, que resultan en anemia, en la evasión de algunas actividades que incluyen el sexo y una calidad de vida disminuida(Shifren , Jan y Gass, Margery, 2014:6)

Cambios en la termorregulación central. Los estrógenos estabilizan el punto desencadenante termorregulador del sistema nervioso central y generan una respuesta normal es decir la eutermia con vasodilatación o constricción, durante la transición menopáusica los estrógenos reducidos provocan inestabilidad en este punto desencadenante generando una respuesta anormal a los estímulos térmicos externos, con el tiempo, el punto desencadenante se estabiliza nuevamente. (Hoffman y Shorge, 2014:560)

Los síntomas relacionados con la termorregulación y que además son los más comunes tras la menopausia, se describen como bochornos, sofocos y diaforesis nocturna.

Los bochornos ocurren en más del 75 por ciento de las mujeres. A pesar que la mayoría de las mujeres los experimentan por 6 meses a 2 años, algunas mujeres pueden experimentarlos hasta por 10 años o más. (Shifren et al, 2014:7)

Cambios cardiovasculares. La enfermedad cardiovascular se mantiene como la causa global líder de muerte en mujeres. La mayoría de estas enfermedades aparece debido a cambios ateroscleróticos en los vasos sanguíneos principales. Los factores de riesgo cardiovasculares modificables incluyen hipertensión, Dislipidemia, obesidad, diabetes mellitus o intolerancia a la glucosa, tabaquismo, dieta mala y falta de actividad física. Antes de la menopausia, el riesgo cardiovascular de la mujer es mucho menor que el del varón de la misma edad. Los factores que protegen a la mujer antes de la menopausia de las enfermedades cardiovasculares son complejos, pero uno de los más importantes es la concentración elevada de lipoproteínas de alta densidad HDL, que es un efecto de los estrógenos. Sin embargo este beneficio desaparece con el tiempo después de la menopausia. El riesgo cardiovascular aumenta de manera exponencial en las mujeres conforme empieza la menopausia y disminuye la concentración de estrógenos. Esto es especialmente importante en mujeres durante la transición menopáusica, cuando las diversas medidas profilácticas que ayudan a mejorar de manera considerable tanto la calidad como la duración de la vida. (Hoffman y Shorge, 2014), (Rojas et al, 2013)

Cambios metabólicos. Se sabe muy bien el papel multifuncional que juegan los estrógenos sobre el crecimiento, metabolismo y desarrollo de varios tejidos, entre ellos el hueso. Los estrógenos mantienen la salud ósea en la mujer, de forma que su déficit se asocia a pérdida de hueso en época de post menopausia (Gonzales y Gonzales, 2014:107). Tanto el envejecimiento como la falta de estrógenos aumentan de forma considerable la actividad osteoclástica. La osteoporosis primaria es el término a usar para este trastorno en las mujeres climatéricas, conforme los estrógenos disminuyen después de la menopausia se pierde su efecto regulador sobre la resorción ósea, como consecuencia la resorción ósea se acelera y no es compensada por la formación de hueso nuevo. Esta pérdida ósea acelerada es más rápida durante los primeros años después de la menopausia, cuando la osteoporosis es

originada por otras enfermedades o fármacos se habla de osteoporosis secundaria. (Hoffman y Shorge, 2014:565)

La osteoporosis es una enfermedad metabólica que se caracteriza por una disminución de su resistencia, lo que predispone a la persona que la padece a sufrir fracturas por fragilidad. Las más frecuentes son las de la columna vertebral, cadera y muñecas. Se calcula que alrededor de 55 por ciento de las mujeres mayores de 50 años padece osteoporosis. (Hoffman y Shorge, 2014:565)

Se ha observado un incremento de la diabetes tipo 2 en la población de mujeres post menopáusicas. Probablemente la pérdida del control intrínseco sobre la glucemia tras la menopausia se debe a la coexistencia del conjunto de varios factores que modifican el nivel de glucosa en sangre y no solo al déficit de estrógenos. Factores como el cambio de hábitos dietéticos, el estilo de vida, la alteración del perfil lipídico, la disminución de la masa muscular o la redistribución de la grasa corporal tras la menopausia, se produce frecuentemente una resistencia a la insulina que posteriormente acaba evolucionando en diabetes del tipo 2. (Gonzales y Gonzales, 2014), (Rojas et al, 2013)

El aumento promedio de peso ganado alrededor de la transición menopáusica es de 2.3 kilos. El peso ganado parece relacionarse más con el proceso de envejecimiento y los cambios de estilos de vida que con la menopausia por sí misma. (Shifren et al, 2014: 4)

La prevalencia de dolores articulares tras la menopausia es de hasta el 50 por ciento y en ocasiones es incapacitante, afectando la calidad de vida. Se han usado distintos términos para este cuadro artritis climatérica o artralgia de la menopausia. El cuadro puede oscilar desde escasas molestias articulares en las falanges, hasta un cuadro generalizado con afectación de pies, hombros, rodillas o cadera. (Gonzales y Gonzales, 2014: 107)

Cambios urogenitales. La disminución de estrógenos en la postmenopausia y el envejecimiento acompañado de los cambios fisiológicos, vasculares, neurológicos e histológicos resultan en los síntomas vulvovaginales, que incluyen irritación, quemazón, picazón, flujo vaginal, sangrado postcoital y coito doloroso. El síndrome genitourinario de la menopausia que acompaña a la atrofia vulvovaginal tienen un impacto significativo sobre la calidad de vida de la mujer de mediana edad con efectos en la función sexual y las relaciones interpersonales. (Shifren et al, 2014:4)

El síndrome genitourinario de la menopausia está definido como un conjunto de signos y síntomas asociados con la disminución del estrógeno y otros esteroides sexuales que incluyen cambios en los labios mayores y menores, clítoris, introito, vagina, uretra y vejiga. El síndrome incluye y no se limita a síntomas genitales como sequedad, quemazón e irritación, síntomas sexuales como falta de lubricación, incomodidad o molestia y función sexual afectada, sino que también incluye síntomas urinarios de urgencia, disuria e infecciones recurrentes del tracto urinario (Shifren et al, 2014: 7)

Aproximadamente el 50 por ciento de mujeres de mediana edad reportan incontinencia urinaria, pero la vergüenza y la falta de efectivas opciones terapéuticas impiden que muchas mujeres busquen tratamiento. Aunque la prevalencia de incontinencia urinaria aumenta con la edad, no existe una fuerte asociación entre la incontinencia urinaria y la menopausia (Shifren et al, 2014: 8)

2.3.3.2. Dimensión psicológica

Se ha planteado que las hormonas producidas por el ovario, como los estrógenos, la progesterona y la testosterona, tienen influencia en el cerebro, activando procesos complejos a través de los neurotransmisores. Si bien estos procesos no están completamente clarificados, se plantea que la deficiencia de estrógenos va a alterar los niveles de catecolaminas (dopamina y

norepinefrina), acetilcolina y mono amino oxidasa, a nivel del sistema nervioso central, y con ello condicionar las alteraciones del humor, del estado de ánimo, la memoria, así como de la libido en la mujer. Sin embargo, se reconoce también que aquí intervienen mucho otros factores, como los culturales, sociales, ambientales y psicológicos, que van a hacer que todas las manifestaciones del climaterio y la menopausia se vuelvan complejas y variadas (Salvador, 2012)

Se ha especulado que algunas mujeres pueden ser especialmente vulnerables durante los períodos de intensas fluctuaciones hormonales (como la transición a la menopausia, o el puerperio). Cambios hormonales bruscos afectarían estado de ánimo y el comportamiento mediante la alteración del equilibrio en varios sistemas de neurotransmisores en el cerebro. Esto explicaría la aparición de mayores tasas de depresión durante la perimenopausia (cuando los cambios hormonales son intensos, a veces caótico), en comparación con años posmenopáusicas - cuando los niveles de estrógeno son bajos, pero estable. Otra posible explicación - la teoría del dominó - propone que el malestar causado por los síntomas somáticos de la perimenopausia (por ejemplo, sudores nocturnos y sofocos) provoca cambios físicos (por ejemplo, trastornos del sueño) y por lo tanto afecta a la estabilidad del estado de ánimo. Por lo tanto, los investigadores han especulado que la capacidad de los estrógenos para mejorar el estado de ánimo es secundaria a alivio de los síntomas de la menopausia somática y secundaria a la normalización del sueño. (Ammon y Pinizzotto, 2016: párr. 5)

De acuerdo con la Sociedad Americana de la Menopausia, entre los síntomas psicológicos se pueden presentar depresión, ansiedad y alteraciones del ánimo. Los síntomas depresivos pueden variar de un estado de ánimo deprimido a una depresión clínica mayor. Un estado de ánimo deprimido puede no requerir tratamiento, pero si se sospecha que la depresión es clínica, se recomienda su evaluación y tratamiento. Los síntomas de la ansiedad

pueden incluir tensión, nerviosismo, pánico, y preocupación (Effective Health Care Program, 2015)

Es importante señalar que la transición menopáusica constituye un evento complejo tanto sociocultural como hormonal. Los factores sociales también contribuyen al estado de ánimo y síntomas cognitivos durante esta fase, puesto que la mujer que empieza dicha transición a menudo enfrenta otros factores de tensión emocional, como el trato con adolescentes, inicio de una enfermedad grave, cuidado de un pariente senil, divorcios o viudez, cambio de profesión o retiro (Hoffman y Shorge, 2014:572)

Muchas mujeres no buscan o no pueden acceder a los servicios psiquiátricos para la solución de sus síntomas depresivos y, por tanto, muchos permanecen sin diagnóstico y / o tratamiento inadecuado. Proveedores de atención primaria, incluyendo obstetricia y ginecología, están en una posición única para identificar y tratar a estos pacientes porque las mujeres se sienten más cómodas hablando de sus síntomas y el inicio del tratamiento con los proveedores de los que han visto regularmente durante muchos años.

2.3.3.3. Dimensión cognitiva

Síntomas como mala concentración, memoria pobre y problemas en la realización de tareas múltiples son comunes durante la transición menopáusica y en la postmenopausia temprana. La función y velocidad del procesamiento de la memoria declinan levemente durante la transición menopáusica pero al parecer retornan a niveles pre menopáusicos después de ocurrida la menopausia. Los síntomas de la menopausia pueden asociarse con quejas cognitivas. Los síntomas cognitivos pueden ser influenciados por problemas de sueño, ánimo deprimido, bochornos, fatiga, síntomas psicológicos, medicación y una variedad de factores estresantes de la mediana edad. (Shipren et al, 2014: 10).

Una disminución gradual de algunas funciones cognitivas se produce con el envejecimiento normal, comenzando alrededor de los 50 años. Muchas mujeres se quejan de los cambios en su función cognitiva durante la transición menopáusica, en su mayoría se reporta un empeoramiento de la memoria verbal (Santoro y Skasnik, 2014: 2)

Cuando una mujer perimenopausia o postmenopáusica se queja de problemas cognitivos, el profesional que la atienda podrá tranquilizarla asegurando que estas quejas son frecuentes y no necesariamente progresivas y que incluso pueden mejorar con el tiempo. Como en el caso de los síntomas depresivos, las pacientes con deterioro cognitivo a menudo se presentan primero a un proveedor de atención primaria. (Santoro y Skasnik, 2014:3)

La disminución de la memoria es por lo general más pronunciada dentro de los 12 meses después del último periodo menstrual. No se recomienda realizar un seguimiento específico, a menos que una mujer experimente la pérdida progresiva de la memoria. En ese caso, la remisión a un neurólogo o un profesional de salud mental puede estar justificada (Santoro y Skasnik, 2015:3)

Los pacientes y sus médicos pueden estar seguros de que para la mayoría de las mujeres, la función cognitiva no es probable que empeore en la posmenopausia en cualquier patrón distinto de aquel esperado con el envejecimiento normal. Aunque no es probable que en la posmenopausia, la función cognitiva de una mujer volverá a ser lo que era la premenopausia, ésta puede adaptarse y compensar los síntomas con el tiempo. (Santoro y Skasnik-Wikiel, 2014:6)

Cambios neurológicos centrales. La edad y la disminución del estrógeno alteran el metabolismo dopamina- epinefrina en el cerebro ocasionando inestabilidad del sistema nervioso autonómico. Las catecolaminas principalmente neurotransmisores hipotalámicos como la dopamina y nor

epinefrina, parecen jugar un rol preponderante en modular el humor, el comportamiento, la actividad motora y la función hipotalámica- hipofisaria. Con la edad la actividad de la mono amino oxidasa (MAO) y la catecolmetiltransferasa(COMT) aumentan, mientras la captación neuronal de catecolaminas disminuyen. El estrógeno tiene un efecto inhibitor sobre la MAO y la COMT y aumentan el triptófano plasmático libre que sirve en el cerebro como precursor para la biosíntesis de aminas biológicas como la serotonina. Es decir la presencia de estrógeno incrementa los niveles de los neurotransmisores del sistema nervioso que regulan el sueño y el humor. El estradiol afecta múltiples sistemas cerebrales incluyendo la memoria, densidad sináptica y los neurotransmisores, La alteración de la función estrogénica está asociada con la depresión de la mujer. (Hoffman y Shorge, 2014)

El insomnio puede presentarse como dificultad para encontrar el sueño, despertar muy temprano con inhabilidad de reencontrar el sueño o despertares frecuentes durante la noche. “La fatiga y el insomnio, afectan al 40 por ciento de las mujeres en la menopausia, están relacionados con el trastorno en el metabolismo de las catecolaminas, que se produce por la deficiencia estrogénica. (Gonzales y Gonzales, 2014:106)

2.3.3.4. Dimensión sexual

Cambios en la libido. Se ha observado disminución de la libido en muchas mujeres post menopáusicas, debido al descenso de los niveles hormonales. Además dos tercios de las mujeres sexualmente activas tras la menopausia refieren dispareunia, debido a la atrofia vaginal que dificulta las relaciones. (Gonzales y Gonzales, 2014:105). “Las mujeres menopáusicas se quejan con frecuencia de dispareunia y otros tipos de disfunción sexual” Hoffman y Shorge, 2014:573). El coito doloroso unido a la atrofia vaginal es una importante y curable causa de problemas sexuales después de la menopausia. (Shipren et al, 2014:8)

Los problemas sexuales son altamente prevalentes en las mujeres de mediana edad y frecuentemente asociados con angustia. Los cambios hormonales de la menopausia tanto como otros factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, interpersonales y de estilos de vida contribuyen a estos problemas sexuales. (Shipren et al, 2014:8)

Ciertas alteraciones urogenitales como el prolapso o incontinencia tienen una correlación pronunciada con la disfunción sexual. Las mujeres con incontinencia urinaria que padecen de disfunción hipotónica del piso pélvico generan dolor durante la penetración profunda por ausencia de estabilidad pélvica. Los músculos hipertónicos o disinérgicos del piso pélvico, se acompañan de dolor superficial y fricción durante el coito. (Hoffman y Shorge, 2014:574) “Otras enfermedades como la artritis, dolores articulares, lumbares, de cadera y el dolor pélvico crónico contribuyen al dolor vaginal o pélvico durante el coito” (Hoffman y Shorge, 2014:574).

2.3.4 Instrumentos de medición de la sintomatología climatérica:

En la actualidad existen una serie de instrumentos de medición de la sintomatología climatérica entre ellos destacan: a) Cuestionario específico de calidad de vida de Hilditch, fue presentado para evaluar calidad de vida, por Hilditch y colaboradores en 1996. Fue adaptado por la Fundación PROSAM en Chile en 1997 y validado por Blumel y colaboradores en 1998. (Hilditch J, Lewis J, Peter A. et al, 1996) b) Escala climatérica de Greene, presentado por Greene en 1976, valora la sintomatología climatérica percibida por las mujeres climatéricas (Greene J, 1998) c) Escala de Cervantes, es un instrumento de calidad de vida, desarrollado originalmente en español, que evalúa específicamente el estado de salud de las mujeres en premenopausia y postmenopausia. (Palacios Santiago, Ferrer –Barriendos Javier, Parrilla Juan, Castello Camil, Manubens Monserrat, Alberich Xavier y Marti Agusti, 2004) y d) Escala de puntuación menopaúsica (MRS) desarrollada en la década de

1990 por varias instituciones alemanas entre ellas por el centro de Berlín para la investigación en epidemiología y salud, la escala fue aplicada y validada en Chile por Aedo y colaboradores. El MRS es un cuestionario autoadministrado, consiste en una lista de 11 preguntas cada una con cinco opciones, se identifican tres dimensiones: psicológica, somato vegetativa y urogenital. Cada uno de los 11 dominios que figuran en la escala puede obtener 0 puntos (sin síntomas) o hasta 4 puntos de puntuación (síntoma muy grave) en función de las quejas percibidas por las mujeres que completaron la escala. La puntuación total del MRS oscila entre 0 (asintomáticas) y 44 (el más alto grado de quejas). Se convirtió en un instrumento fácil de manejar y en una escala estándar para medir la sintomatología climatérica cumpliendo los requisitos metodológicos de una escala moderna.

(Berlin Center For Epidemiology and Health Research,2008), Aedo et al, 2006)(Heinemann L, Potthoff P, Scheneider HP , 2003)

2.3.5. Atención de salud a la mujer en menopausia y climaterio

El concepto de salud enfermedad como expresión de las condiciones de vida que llevan los grupos sociales ha permitido delimitar desigualdades que dependen fundamentalmente de las formas de organización social de la producción que se traducen en diferencias de la calidad de vida y las mujeres en esta etapa de su vida están expuestas a procesos deteriorantes que lesionan, distorsionan o limitan el desarrollo de los procesos físicos y psíquicos, que pueden perturbar el estado de salud (Santisteban, 2011)

Algunos países latinoamericanos han incorporado la atención de estas mujeres en el nivel primario de salud, con actividades de atención integral e individualizada a la mujer en edad de climaterio. Consideran además sesiones educativas periódicas grupales. Estas actividades están debidamente amparadas por normas técnicas y expresadas en guías nacionales.

La atención en salud en el climaterio comprenderá la realización de exámenes auxiliares de importancia en el climaterio como el perfil hormonal (FSH, LH, estradiol) para evaluar la función ovárica. Otro examen pertinente debido al riesgo cardiovascular es el perfil lipídico el cual incluye colesterol total, LDL y HDL. Además se deben realizar TSH, perfil bioquímico, examen de orina completo y hemograma. Ecografía transvaginal para evaluar línea endometrial, mamografía, densitometría ósea, glicemia y si el caso lo amerita dopaje de calcio, fósforo y marcadores de resorción ósea (IMSS, 2013)

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 Papanicolaou, toma de peso y talla, control de la presión arterial, visita al dentista, revisión de vista y oídos (IMSS, 2013)

La terapia hormonal para la menopausia continua siendo la más efectiva para los síntomas climatéricos como son los bochornos y la atrofia urogenital. El más efectivo para los síntomas moderados a severos y el más beneficioso para las mujeres en los primeros diez años posteriores a la menopausia. Otros síntomas relacionados a la menopausia que incluyen artralgias y dolores musculares, depresión, disturbios del sueño y atrofia vaginal pueden mejorar. Una terapia individualizada puede mejorar la sexualidad y en general la calidad de vida. La terapia hormonal sistémica para la menopausia es efectiva en la prevención de la pérdida ósea asociada con la menopausia y disminuye la incidencia de las fracturas relacionadas a osteoporosis, incluyendo fracturas vertebrales y de cadera. Siendo la enfermedad cardiovascular la principal causa de morbilidad y mortalidad en mujeres post menopaúsicas, la terapia estrogénica puede ser cardioprotectora. Así mismo tiene el potencial para mejorar el perfil cardiovascular a través de sus efectos benéficos sobre la función vascular, los niveles de colesterol y el metabolismo de la glucosa. No hay razones para limitar arbitrariamente la duración de la terapia, hay

estudios que apoyan su uso seguro por al menos 5 años en mujeres saludables iniciando el tratamiento antes de los 60 años y alrededor de la menopausia ésta es referida al concepto de ventana de oportunidad para la terapia (De Villiers et al, 2013: 318)

Bajas dosis de estrógenos locales son preferibles para mujeres cuyos síntomas se limitan a sequedad vaginal o malestar asociado al coito, alivian la urgencia sensorial y reducen la frecuencia de infecciones de tracto urinario. No hay razones para limitar arbitrariamente la duración de la terapia, hay estudios que apoyan su uso seguro por al menos 5 años en mujeres saludables iniciando el tratamiento antes de los 60 años y alrededor de la menopausia ésta es referida al concepto de ventana de oportunidad para la terapia (De Villiers et al, 2013: 318)

Sin embargo la terapia hormonal puede ser adaptada y modificada de acuerdo a las necesidades locales y forma parte de una estrategia general que incluyen estilos de vida para el mantenimiento de la salud en la mujer peri y post menopáusicas. (De Villiers et al, 2013:316)

Los síntomas vasomotores son el síntoma cardinal de la menopausia, afectando a más de las tres cuartas partes de las mujeres de mediana edad. Típicamente los síntomas se presentan los últimos 5 a 7 años, aunque algunas mujeres continúan experimentándolos por más de 10 a 15 años.

La terapia hormonal ha sido el principal tratamiento, pero otras opciones son necesarias porque esta puede no ser la terapia de elección a causa de las preferencias personales o por las contraindicaciones médicas. Como resultado las encuestas sugieren que del 50 al 80 % de las mujeres de mediana edad usan terapias no hormonales para el control de los síntomas (NAMS, 2015)

Mientras que la prevalencia de uso de la terapia hormonal en América Latina descrita en el VIII Congreso Latinoamericano de las Sociedades de Climaterio y Menopausia realizada en el Perú en Junio del 2016 solo se acerca al 10 %. Esta cifra se asemeja a los resultados de estudios realizados en países como Australia que refieren una prevalencia de uso del 13 % (Velentzis et al, 2016) y Estados Unidos del 9 % (NAMS SURVEY, 2015)

Las decisiones en cuanto a las opciones de que tratamiento no hormonal es el mejor puede ser difícil. La mayoría de mujeres de mediana edad indican que ellas no se encuentran completamente informadas o tienen dudas en relación a las diferentes opciones. Algunas mujeres no conocen los productos herbales o tienen dudas acerca de las interacciones entre los productos herbales y los fármacos, otras no se sienten confiadas en las dosis de los productos herbales. Otros estudios muestran que casi la mitad de las mujeres reportan encontrarse confusas acerca de las opciones de tratamiento para los síntomas menopáusicos. Porque estas dudas pueden llevar a utilizar menos o inapropiadamente las terapias efectivas o a usar terapias inefectivas, es imperativo que los profesionales de la salud se informen completamente y se preparen a asistir a las mujeres a tomar decisiones en relación al manejo no hormonal de los síntomas vasomotores. (NAMS, 2015).

2.3.6. Concepto de Autocuidado

A lo largo de la historia se puede ver que este concepto ha ido evolucionando y a continuación se presentan algunos conceptos:

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, a salud y el bienestar.(OREM, 1993)

Es el acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en sus manifestaciones. Las diferentes formas de responder a las necesidades importantes

crean e instauran hábitos personales o de grupo, es un acto individual que cada persona se brinda a si mismo cuando se adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que de forma temporal o definitivamente no está en capacidad de atender sus propias necesidades vitales y por lo tanto requiere del apoyo de otros (COLLIERE, 2003)

Dado que el autocuidado se da en la vida cotidiana es decir en el estilo de vida de las personas, se puede expresar de diversas manera dentro de los estilos de vida, como hábitos diarios rutinarios de vida que pueden afectar la salud, como conductas que conscientemente buscan mantener la salud y como conductas que responden a los síntomas de enfermedad. Por tanto en el estilo de vida de las personas se presentran dos tipos de prácticas las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo.(Tobón, s.f)

De acuerdo al concepto de autocuidado que considera el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile este comprendería 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. Los factores determinantes del autocuidado son los internos que incluyen los aspectos personales como los conocimientos, la voluntad, actitudes, valores y motivación y entre los factores externos se encuentran las condiciones de vida, cultura, género y acceso a la información.

Según el Ministerio de Salud en el Perú, autocuidado es asumir voluntariamente el cuidado de la propia salud. Es una conducta que se aprende en sociedad en la que es fundamental la autoestima. El autocuidado requiere que las personas asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud y las consecuencias de las acciones que realizan, así mismo reconocer que una conducta es directamente responsable de la enfermedad. (MINSa, 2011)

La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza la realización de prácticas para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y riesgos, la

detección temprana de signos y síntomas de enfermedades así como el manejo y cumplimiento de tratamiento. El autocuidado se considera como parte del estilo de vida de una persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas con su medio social. (MINSA, 2011)

La Organización Mundial de la Salud define al autocuidado como la capacidad de las personas, familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir la enfermedad y hacer frente a la enfermedad y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica.

El alcance del autocuidado incluye la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades, la automedicación, atención a personas dependientes, la búsqueda de hospitales especializados si fuera necesario y la rehabilitación incluyendo cuidados paliativos.(WHO,2013)

La mujer en la transición menopáusica está expuesta a factores de riesgo que pueden disminuir con prácticas de autocuidado. Los principales autocuidados recomendados que debe conocer y realizar una mujer son los siguientes:

2.3.6.1. Actividades en la dimensión somática

Actividades para disminuir o mejorar los bochornos:

Se sugieren cambios de estilos de vida que incluyen, el mantener una temperatura corporal baja, buscar lugares climatizados: abrir ventanas, controlando el medio ambiente haciendo uso de abanico o ventilador de cama, blusas sin mangas, usar ropa de algodón y en capas, poner una compresa fría debajo de la almohada, dejar correr agua fría en cara, mejillas, cuello y muñecas durante el episodio de bochorno. (Ambrojo, 2012), (Gonzales y Gonzales, 2014) (IMS recomendaciones actualizadas).

Además se recomienda que las mujeres eviten algunos disparadores para los bochornos como son el alcohol, comidas picantes y comidas o bebidas calientes. (NAMS, 2015) La práctica del yoga, por un periodo continuo podría disminuir la

frecuencia de los síntomas vasomotores (NAMS, 2015) Así mismo las técnicas de relajación, como la respiración pausada disminuyen los síntomas. Los tratamientos basados en la interacción y la relajación de la mente y el cuerpo para el tratamiento de los síntomas menopáusicos reducen con frecuencia los bochornos (Hoffman, 2014: 590)

La respiración rítmica es improbable que proporcione beneficios para los bochornos. La respiración rítmica implica tomar de 6 a 8 respiraciones lentas y profundas por minuto mientras inhalamos a través de la nariz y exhalamos a través de la boca. . La respiración rítmica ha demostrado reducir los bochornos. (NAMS, 2015) Además el monitoreo fisiológico de los bochornos pueden ser reducidos significativamente con la hipnosis clínica (NAMS, 2015)

Actividades para prevenir o disminuir las molestias cardiacas:

Todas las mujeres deberían fomentar a realizar actividades que reduzcan el riesgo de la enfermedad cardiovascular, que incluye el ataque al corazón y derrame cerebral, esto podría lograrse desarrollando un comprometido esquema de ejercicios regulares, consumiendo una dieta saludable, obteniendo un peso corporal adecuado y dejar de fumar. (Shifren et al, 2014: 11)

Los ejercicios más apropiados en la menopausia varían en función del estado de salud de la mujer y de los hábitos que haya tenido antes. Si no ha realizado algún tipo de actividad lo normal es que comience poco a poco con algún tipo de actividad que pueda practicar con frecuencia como caminar de 20 a 30 minutos tres veces a la semana. (Pomares, 2013)

Un programa equilibrado debe incluir actividades encaminadas a conseguir una buena coordinación física: aumentar la flexibilidad, incrementar la fuerza y elevar la resistencia cardiovascular. Las tres son importantes siendo necesarios diferentes tipos de actividades para desarrollar cada una de ellas, mediante un entrenamiento específico. (Matzumura y Gutiérrez, 2011:57)

“La indicación del ejercicio incluye información sobre los tres componentes de cada sesión de ejercicios: el calentamiento, el ejercicio o entrenamiento y el enfriamiento” (Matzumura y Gutiérrez, 2011:56)

La rutina puede ser la siguiente:

- Tiempo de duración de 45 minutos a 1 hora y de 3 a 5 veces por semana.
- Parte inicial: Estirar los músculos, al menos durante 10 minutos antes y después de realizar cualquier actividad para evitar lesiones.
- Parte principal: Practicar ejercicios aeróbicos que ayudan a bajar de peso y mejorar el estado físico. Entre estos ejercicios están caminar, correr, nadar o montar bicicleta.
- Practicar ejercicios anaeróbicos para aumentar el tono y masa muscular, así como la masa ósea. Deben ser supervisados por un entrenador y se destacan el levantamiento de pesas o barras.
- Parte final: se realizan ejercicios de relajación, utilizando los estiramientos más prolongados sobre las partes del cuerpo que fueron ejercitadas, combinándolos con alguna posición yoga o Pilates.

Se puede utilizar música instrumental, con efectos de la naturaleza, donde cada uno de ellos están implícitos los ejercicios respiratorios con diferentes posiciones del cuerpo para relajarse. (Pomares, 2013), (Vivar, 2014)

Es necesario equilibrar la dieta con el consumo de energía. La dieta debería aportar solo 2200 calorías diarias para mujeres menores de 50 años y de 1900 a partir de esa edad y debe ser balanceada. Se deben evitar el consumo de grasas mono insaturadas y grasas animales, evitar alimentos con preservantes o comidas rápidas, consumir ensaladas con verduras crudas todos los días, consumir al menos dos frutas diarias (Matzumura y Gutiérrez, 2011)

Actividades para prevenir los dolores musculares y articulares:

Para aliviar las parestesias o molestias musculares se sugieren ejercicios de flexión, extensión y rotación en las zonas afectadas. (Ambrojo, 2012: 7)

La rutina de ejercicios que se propuso en el ítem anterior combina los tipos de ejercicios necesarios para la mujer en el climaterio.

Hay que evitar la obesidad y las medidas que se proponen para evitarla son la restricción calórica y aumento de gasto energético. (Matzumura y Gutiérrez, 2011: 50) (Lobo et al, 2014)

Un déficit diario de 400 a 600 kilo calorías, actividad física regular, el consumo de frutas y vegetales, la ingestión baja de grasas y llevando a cabo conductas de soporte pueden asociarse con pérdida de peso sostenida. Todos los adultos deberían ser evaluados para descartar obesidad y tratarla de acuerdo a su índice de masa corporal y a la presencia de patología agregada. (Shifren et al, 2014: 4)

Tratamientos alternativos y complementarios como la acupuntura, yoga y suplementos herbales pueden ser de ayuda para la pérdida de peso. La más efectiva intervención para la obesidad es la modificación de estilos de vida (Lobo et al, 2014)

Es vital identificar a las mujeres con historia familiar de artritis o aquellas que están empezando a presentar rigidez e inmovilidad en las articulaciones al comienzo de la menopausia. Las mujeres en transición menopaúsica son las candidatas ideales para iniciar medidas preventivas (Lobo et al, 2014)

También la terapia hormonal tiene un rol en el mejoramiento o disminución del riesgo de osteoartritis.

Actividades para mejorar los problemas de sueño:

La mujer que reporta trastornos del sueño deberá ser evaluada y previamente identificadas y tratadas las causas específicas del insomnio. (Shifren, 2014: 9)

Adicionalmente para mejorar el sueño se recomienda mantener un ambiente tranquilo, tomar infusiones relajantes antes de dormir, darse un baño caliente antes de acostarse, evitar tensiones y estrés, evitar cenas copiosas, leer antes de acostarse ayuda a conciliar el sueño, escuchar música instrumental, de sonidos de la naturaleza o la preferida por la mujer ayuda a conciliar el sueño. (Ambrojo, 2012:7) Hábitos de sueño bueno, regular y suficiente (Storch, 2011)

Debe aconsejarse abandonar hábitos nocivos, como dejar de fumar, en general el alcohol no se recomienda, sin embargo el límite puede ser de una dos bebidas diarias como el vino: 100 ml y/o cervezas: 200 ml. Que equivalen a 20 gramos. Restringir la ingesta de cafeína y de sal. (Storch, 2011), (Alvarado et al, 2015)

Actividades para mejorar los problemas de escapes de orina:

Las mujeres deben ser interrogadas buscando síntomas de incontinencia urinaria, la evaluación deberá definir el tipo de incontinencia que la mujer experimenta y deberá ser ofrecido el tratamiento específico.

La incontinencia urinaria de estrés puede ser tratada con éxito con terapia conductual, como pérdida de peso o la terapia para los músculos del suelo pélvico. (Shifren, 2014:8)

Han sido descritos por Kegel, pueden disminuir los episodios de incontinencia urinaria de esfuerzo reforzando los músculos elevadores del ano y la musculatura peri uretral. . Lo ideal es enseñarles a las pacientes a reconocer su musculatura por palpación y si logran hacerlo se les indican series de ejercicios especiales. En general se trabajan sucesivamente las fibras de contracción rápida y lenta que actúan en el esfuerzo y en reposo, respectivamente. (Testa, 2012:440)

La incontinencia urinaria de urgencia puede ser manejada exitosamente con terapia conductual como sugerir restricción de cafeína y fluidos, recapitación de vejiga y medicación anticolinérgica (Shifren, 2014:8)

Actividades para mejorar la lubricación vaginal:

Para disminuir la sequedad, se recomienda el uso de lubricantes vaginales solubles en agua durante las relaciones sexuales. (Ambrojo, 2012:7) (Decherney y Nathan, 2013:954). Bajas dosis de estrógenos locales, es altamente efectiva. La terapia está indicada para atenuar todos los síntomas como sequedad vaginal, dolor, dispareunia, aumento de frecuencia urinaria, nicturia y urgencia miccional que se dan a consecuencia de los cambios por deficiencia de estrógeno, pueden mejorar con la terapia hormonal sistémica o local.(IMS, recomendaciones generales, 2011) Los estrógenos locales tópicos se pueden encontrar disponibles en cremas, tabletas o anillos liberadores de estradiol. Los estrógenos sistémicos también son eficaces para el tratamiento para la vaginitis atrófica, pero se prefieren las preparaciones vaginales si el tratamiento es utilizado solo para la atrofia vulvovaginal. (Decherney y Nathan, 2013:954)

Así mismo la terapia con estrógeno local puede mejorar los síntomas de irritación en la evacuación de vejiga y de urgencia urinaria y reduce el riesgo de infecciones recurrentes del tracto urinario. (Shifren, 2014: 8)

2.3.6.2. Actividades en la dimensión psicológica

Actividades para mejorar la depresión, irritabilidad y ansiedad:

Deben descartarse síntomas psicológicos en las mujeres de mediana edad y tratar dichos problemas o referirlos si fuera el caso.

Los síntomas depresivos leves responden bien con la psicoterapia. Los síntomas moderados o severos requieren tratamiento farmacológico adicional. Los métodos no farmacológicos incluyen orientación y técnicas de reducción de estrés, debe considerarse además el reducir los efectos de factores estresantes que comúnmente ocurren en la etapa. (Shifren et al , 2014:10)

Se ha demostrado que los tratamientos basados en la interacción y la relajación de la mente y el cuerpo para el tratamiento de los síntomas menopáusicos reducen la frecuencia de los bochornos, el estrés, la ansiedad y la depresión. (Hoffman y Shorge, 2014: 590)

Para síntomas como la depresión, irritabilidad, ansiedad y nerviosismo, se sugiere el autocontrol a través del aprendizaje de técnicas de relajación y respiración pausada, darse un baño, tomar infusiones naturales y realizar ejercicio físico.

Las mujeres deben ser educadas para que participen activamente en la conservación de su propia salud. A través de diálogo y asesoría los profesionales de salud y las mujeres pueden obtener grandes beneficios del cuidado preventivo. (Hoffman y Shorge, 2014:599)

La educación es la clave para ayudar que la mujer entienda y enfrente con ánimo los síntomas relativos a la transición menopáusica. (Shifren et al, 2014:10).

Dado que la depresión se encuentra fuertemente asociada a enfermedades con deterioro de la función cognitiva las medidas para mejorar los síntomas depresivos pueden ser los mismos para mejorar la cognición. Existe evidencia consistente que las personas más informadas, con altos logros académicos y ocupaciones con demanda cognitiva son las que tienen menos riesgo para desarrollar amnesia o enfermedad de Alzheimer.

La reserva cognitiva implica una mayor capacidad, eficiencia o redundancia en términos de áreas cerebrales y de conexiones neuronales utilizadas cuando se

realiza una tarea cognitiva. Las actividades de ocio mentalmente estimulantes y los compromisos sociales pueden también reducir el riesgo de depresión presumiblemente en parte a través de mecanismos similares. (Lobo et al, 2014)

2.3.6.3. Actividades en la dimensión cognitiva

Actividades para mejorar la función cognitiva

No existe una lista definitiva de acciones a tomar en cuenta para reducir la pérdida de la memoria pero la evidencia ofrece algunas medidas que se aproximan unas más que otras. La salud cerebral puede mejorar a través de actividades estimulantes mentales tanto en el trabajo como en el tiempo libre. Se plantean algunas medidas de cómo mejorar la salud y las funciones cerebrales:

La investigación sugiere que la dieta mediterránea en la mediana edad y en adelante suplementada con aceite de oliva o nueces puede ayudar a mejorar la función cerebral. Es probable que una dieta rica en antioxidantes esté fuertemente asociada a un retraso en la declinación cognitiva (IMS, 2015)

Algunos alimentos específicos que contienen vitamina D pueden ser consumidos para reponer los niveles requeridos, aceites de pescado como salmón, sardina y caballa, huevos, mantequilla para untar, cereal y leche fortificada. Suplementos dietéticos pueden ser considerados al mismo tiempo que otros cambios en los estilos de vida pueden mejorar en general la función cerebral (IMS, 2015).

Existe evidencia que sostiene que las vitaminas del grupo B pueden ayudar a mejorar la función cerebral. Estas vitaminas están ampliamente distribuidas, si consumimos una variedad de alimentos, una dieta balanceada que incluya alimentos de todos los grupos estaremos consumiendo todas las vitaminas que necesitamos.

Las isoflavonas de soya parecen tener un efecto positivo mejorando la función cerebral y la memoria visual en las mujeres postmenopáusicas si son usados precozmente (IMS, 2015)

Las mujeres postmenopáusicas propensas a una ganancia de peso pueden combatir este problema con ejercicio regular a la vez que mejoran la función cerebral. Ejercicios de Tai Chi son efectivos estimulando la memoria, estos ejercicios que específicamente enfocan la atención en el espacio - tiempo y promueven plenitud del pensamiento. La reducción de tóxicos incluyendo el alcohol y el tabaco, es tan buena como los ejercicios físicos y mentales para impedir el deterioro cognitivo. La estimulación mental con ajedrez u otros juegos de mesa, aprender un lenguaje extranjero, el voluntariado, leer o tocar un instrumento musical son medidas para mantener el cerebro sincronizado en aumentar su capacidad y mejorar las funciones cognitivas (IMS; 2015)

Encontrar un amigo con quien realizar algunas de estas actividades es además una ventaja. Se sugiere además tener una interacción social con participación, competencia y una comunicación con creatividad. (IMS, 2015)

Hay algunas pruebas de que la modificación de factores de estilo de vida puede disminuir el riesgo de la demencia e incluso el deterioro cognitivo asociado con el envejecimiento normal. Los pacientes deben ser animados a mantener un peso corporal normal, hacer ejercicio regularmente, mantener una dieta nutritiva, participar en actividades sociales habituales, y participar en ejercicio cognitivo (lectura, crucigramas, etc.). También deben ser animados a mantener una buena salud cardiovascular, con el tratamiento de la hiperlipidemia, la hipertensión y la diabetes mellitus. (Santoro y Skaznik-Wikiel, 2014:6)

2.3.6.4. Actividades en la dimensión sexual

Actividades para mejorar la vida y satisfacción sexual

Si la mujer conoce los cambios propios estará preparada para adaptarse a ellos. Para ello es fundamental el papel del profesional de salud en cuanto al asesoramiento y la educación sexual de la mujer y la pareja (Testa, 2012: 326) Así mismo si la mujer conoce los cambios en su compañero podrá aprender a disfrutar de otra manera, tal vez de encuentros más largos pero no por ello menos gratificantes o placenteros. (Testa, 2012: 326).

Como en cualquier otra etapa se pueden presentar infecciones sexuales que alteren la sexualidad en el climaterio. (Alvarado et al, 2015) Debido al riesgo del embarazo no deseado se sugieren usar el método de anticoncepción adecuado para la etapa. (Alvarado et al, 2015). Para ello será imprescindible un control ginecológico periódico y buscar consejería en los consultorios de planificación familiar.

La actitud sexual de la mujer dependerá por un lado de la calidad de la relación de pareja y de cómo fue su vida sexual anteriormente y de cómo reaccione su pareja ante los cambios que se presenten en ella. (Testa, 2012: 324). Se recomienda la actividad sexual para retrasar la atrofia, usar cremas u óvulos vaginales con estrógenos que pueden mejorar la atrofia y sequedad (Hoffman y Shorge, 2014). El tratamiento de las enfermedades que puedan afectar secundariamente la respuesta sexual es indispensable (Testa, 2012:326)

Si el sexo en pareja se ha convertido en algo aburrido, monótono o poco placentero las dificultades aparecerán con mayor facilidad. . Muchas parejas cuya relación sigue siendo sólida que siempre han disfrutado de los encuentros sexuales van adaptándose a los cambios a medida que se producen y pueden mantener una sexualidad plena por mucho tiempo más. (Testa, 2012: 324) A veces se requerirá terapia sexual (Testa, 2012: 326)

Cuestionarios de conductas de autocuidado

Uno de los más conocidos es el cuestionario de autocuidado de Voda, fue creado en 1984 por Ann M. Voda, nacida en Estados Unidos, médico y profesora emérita de enfermería en la Universidad de Utah. Posteriormente el cuestionario fue validado

en el año 1990 por Marli Villela Mamede en el estudio piloto llamado “Respuestas de autocuidado adaptado a la cultura brasileña entre mujeres en peri menopausia “. (Mamede et al, 1991). Dicho estudio tuvo por objetivo probar la validez y confiabilidad de un cuestionario auto aplicado (Self Care Response Questionnaire : SCRQ) en una cultura diferente a fin de evaluar la posibilidad de uso del instrumento en mujeres brasileñas en perimenopausia.

El instrumento incluye tres dimensiones o dominios: actividades de apoyo al funcionamiento normal con 9 indicadores, actividades de prevención o control de los procesos de enfermedad o lesión con 6 indicadores y las actividades de promoción del bienestar con 15 indicadores. El cuestionario es auto aplicable y la mujer tiene la opción de contestar si realiza o no realiza la actividad. Fue presentada por la revista EPAS de la Universidad Católica de Chile y validada por otros investigadores entre ellos en Chile (Bastias y Sanhueza, 2006) y en el Perú (Medina, 2013)

CAPÍTULO 3.

METODOLOGÍA

3.1. Hipótesis General

Existe relación directa entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en mujeres climatéricas atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016.

3.2. Hipótesis Específicas

3.2.1. La sintomatología climatérica dimensión somática y las conductas de autocuidado en la dimensión somática están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016.

3.2.2. La sintomatología climatérica dimensión psicológica y las conductas de autocuidado en la dimensión psicológica están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016.

3.2.3. La sintomatología climatérica dimensión cognitiva y las conductas de autocuidado en la dimensión cognitiva están directamente relacionadas en las mujeres climatéricas atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016.

3.2.4. La sintomatología climatérica dimensión sexual y las conductas de autocuidado en la dimensión sexual están directamente relacionadas en las mujeres climatéricas atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016.

3.3. Identificación de Variables

Variable (X): Sintomatología climatérica

Variable (Y): Conductas de autocuidado

3.4. Operacionalización De Variables

3.4.1. Definición Conceptual

3.4.1.1. Sintomatología Climatérica, son los signos y síntomas que ocurren durante el climaterio relacionados con la carencia de estrógenos. Se incluyen bajo esta denominación a los sofocos, los cambios del humor, la disminución de la libido, los trastornos del sueño y la atrofia urogenital. (Testa, 2012: 315)

3.4.1.2. Conductas de Autocuidado, son las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas, que realiza la persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad: ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. (Tobón, s.f) Es asumir voluntariamente el cuidado de la propia salud (MINSa, 2013)

Variable (X) Sintomatología climatérica

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipos de variables	Escala	Indicadores	Sin síntomas	leve	moderado	intenso	Muy intenso	Fuente de verificación	codificación		
Sintomatología climatérica	Todos los signos y síntomas que ocurren durante el climaterio, relacionados a la falta de estrógenos.	Son los signos y síntomas que acompañan a los cambios y patología climatérica en todas sus etapas	Somática	Cualitativa Politémica	Ordinal	Episodios de bochornos						Directa	X1		
						Molestias al corazón						Directa	X2		
						Molestias articulares y musculares						Directa	X3		
						Dificultades en el sueño						Directa	X4		
			Problemas de vejiga											Directa	X5
			Sequedad vaginal											Directa	X6
			Depresión											Directa	X7
			Irritabilidad											Directa	X8
			Ansiedad											Directa	X9
			Menor rendimiento y concentración mental											Directa	X10
			Problemas de memoria											Directa	X11
			Menor deseo sexual											Directa	X12
			Menor actividad y satisfacción sexual											Directa	X13

Adaptación de la Escala de puntuación Menopáusica (MRS). Validada por la Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica. A su vez modificada de la MRS de Heinemann y colaboradores 2003

Variable (Y) Conductas de autocuidado

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipos de variables	Escala	Indicadores	Si	No	Fuente de verificación	Codificación
Conductas de autocuidado	Son las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ella que realiza la persona, familia o grupo para cuidar de su salud.	Son las actividades que las mujeres realizan para atenuar o controlar los síntomas climatéricos y mantener su propia salud y bienestar	Somática	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Evita lugares calurosos y con aglomeración de gente			Directa	Y 1
						Realiza técnicas de relajación y respiración			Directa	Y 2
						Realiza ejercicio cardiovascular			Directa	Y 3
						Mejora la dieta			Directa	Y 4
						Realiza ejercicios de flexión, extensión y rotación			Directa	Y 5
						Mantiene peso adecuado			Directa	Y 6
						Evita situaciones difíciles			Directa	Y 7
						Reposa adecuadamente			Directa	Y 8
						Realiza actividades saludables			Directa	Y 9
						Realiza ejercicios de control de músculos pelvianos			Directa	Y 10
						Usa lubricantes vaginales			Directa	Y 11
						Usa terapia hormonal			Directa	Y 12
						Aceptación de la etapa			Directa	Y 13
						Autovaloración			Directa	Y 14
						Se prepara para la etapa			Directa	Y 15
			Identifica los cambios y síntomas climatéricos			Directa	Y 16			
			Realiza técnicas de autocontrol			Directa	Y 17			
			Busca apoyo psicológico			Directa	Y 18			
			Autoaprendizaje			Directa	Y 19			
			Registro de actividades diarias			Directa	Y 20			
			Realiza actividades de distracción			Directa	Y 21			
			Ocupaciones extra laborales			Directa	Y 22			
			Planificación de actividades			Directa	Y 23			
			Busca información sobre los cambios en la sexualidad femenina			Directa	Y 24			
			Busca información sobre los cambios en la sexualidad masculina			Directa	Y 25			
			Prevención de infecciones del tracto genital			Directa	Y 26			
			Prevención del embarazo			Directa	Y 27			
			Confianza en la pareja			Directa	Y 28			
			Mantiene vida sexual activa			Directa	Y 29			
			Mejora vida sexual			Directa	Y 30			
			Sexual	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Busca información sobre los cambios en la sexualidad femenina			Directa	Y 24
						Busca información sobre los cambios en la sexualidad masculina			Directa	Y 25
						Prevención de infecciones del tracto genital			Directa	Y 26
						Prevención del embarazo			Directa	Y 27
						Confianza en la pareja			Directa	Y 28
						Mantiene vida sexual activa			Directa	Y 29
						Mejora vida sexual			Directa	Y 30

Creado por la investigadora con algunos elementos del Cuestionario de Voda, validado en Brasil por Mamede (1991)

3.5 Matriz de Consistencia

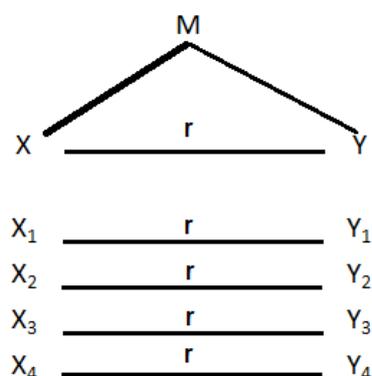
VARIABLES	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	METODOLOGÍA
1. Sintomatología Climatérica	¿Qué relación existe entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina?	Establecer la relación existente entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina	Existe una relación directa entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina	Tipo de estudio: - Observacional, prospectivo y transversal Diseño: - Correlacional Población: - Mujeres de 40 a 59 años
2. Conductas de autocuidado	Problemas Específicos ¿La sintomatología climatérica dimensión somática está relacionada con las conductas de autocuidado en la dimensión somática en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina? ¿La sintomatología climatérica dimensión psicológica está relacionada con las conductas de autocuidado en la dimensión psicológica en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina? ¿La sintomatología climatérica dimensión cognitiva está relacionada con las conductas de autocuidado en la dimensión cognitiva en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina?	Objetivos Específicos Relacionar la sintomatología climatérica dimensión somática con las conductas de autocuidado en la dimensión somática en mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina. Relacionar la sintomatología climatérica dimensión psicológica con las conductas de autocuidado en la dimensión psicológica en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina. Relacionar la sintomatología climatérica dimensión cognitiva con las conductas de autocuidado en la dimensión cognitiva en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.	Hipótesis Específicas La sintomatología climatérica dimensión somática y las conductas de autocuidado en la dimensión somática están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina. La sintomatología climatérica dimensión psicológica y las conductas de autocuidado para la dimensión psicológica están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina. La sintomatología climatérica dimensión cognitiva y las conductas de autocuidado para la dimensión cognitiva están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.	Tamaño Muestral: - 263 mujeres Muestreo: - Probabilístico Técnica: - Encuesta Instrumento: - Cuestionario de sintomatología climatérica - Cuestionario de conductas de autocuidado Validación: - Juicio de Expertos - Confiabilidad
	¿La sintomatología climatérica dimensión sexual está relacionada con las conductas de autocuidado en la dimensión sexual en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina?	Relacionar la sintomatología climatérica dimensión sexual con las conductas de autocuidado en la dimensión sexual en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.	La sintomatología climatérica dimensión sexual y las conductas de autocuidado en la dimensión sexual están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina	Criterios de inclusión: - Mujeres de 40 a 59 años que firmen consentimiento voluntario Criterios de exclusión: - Mujeres sordomudas - Mujeres analfabetas - Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

3.6. Tipo y diseño de la Investigación

De acuerdo a la orientación fue una investigación libre, por cuanto el tema fue seleccionado de acuerdo al interés de la investigadora y de acuerdo a la técnica de contrastación fue de tipo descriptivo con diseño correlacional, culminando con la determinación de la relación existente entre las variables en estudio.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010). El diseño aplicado en la presente investigación fue no experimental, conocido también como observacional, puesto que sólo se observó el fenómeno de estudio mas no se manipuló ninguna variable. Asimismo fue de tipo prospectivo, porque al momento de la planeación aún no ocurría el fenómeno a estudiarse; finalmente, según la evolución del fenómeno estudiado, el diseño es de corte transversal, porque las variables se midieron en un solo momento.

El esquema que representa el diseño de investigación es el siguiente:



En donde:

M → Muestra de estudio.

X → Variable Independiente (Sintomatología Climatérica)

Y → Variable Dependiente (Conductas de Autocuidado)

r → Correlación de ambas variables.

X₁, X₂, X₃, X₄ = Dimensiones de X

Y₁, Y₂, Y₃, Y₄ = Dimensiones de Y

3.7. Unidad De Análisis

Mujer climatérica de 40 a 59 años de edad.

3.8 Población De Estudio

La población de estudio estuvo conformada por 834 mujeres climatéricas de 40 a 59 años que se atendieron en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina durante los meses de Junio y Julio del 2016.

3.9. Tamaño De La Muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por 263 Mujeres Climatéricas de 40 a 59 años que acudieron a consulta de Ginecología.

Se consideró la fórmula siguiente para la determinación de la muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{(N-1) E^2 + Z^2 \cdot P(1 - P)}$$

Dónde:

N = Población (834)

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de fiabilidad al 95% (valor estándar de 1,96)

P = prevalencia estimada. Se asume p = 50% (0.5)

E = Precisión o magnitud de error (valor estándar 0.05)

Realizando las operaciones correspondientes → n = 263

1.10. Selección de la muestra

Para empezar es necesario precisar que en el Hospital Marino Molina , son tres los consultorios externos de Ginecología los cuales funcionan en la mañana y en la tarde, las asistentes son alrededor de 24 mujeres de todas las edades con diagnósticos obstétricos o ginecológicos indistintamente, las cuales obtienen sus citas por anticipado, la tasa de deserción es muy baja puesto que no es fácil el acceso a una cita. Las pacientes tienen un horario designado para su atención de modo que en una hora son atendidas alrededor de cuatro. Entre las citadas correspondieron al grupo etáreo de interés es decir mujeres de 40 a 59 años entre 10 a 12 mujeres por consultorio.

La muestra fue probabilística en la que el primer elemento fue determinado por sorteo y los siguientes fueron designados sistemáticamente por secuencia aleatoria : una cada tres mujeres del grupo de estudio . Es decir que fue un muestreo aleatorio y sistemático.

Una vez conocidos los nombres de las mujeres seleccionadas para el estudio de acuerdo a la relación de citadas, las cuales fueron 3 a 4 por consultorio y entre 10 a 12 por cada turno de atención sea mañana o tarde, se procedió a identificarlas y realizar una consejería individual con ellas en la sala de espera que es común a los tres consultorios, antes o después de su consulta. A través de la consejería se les informó del estudio de investigación y se las motivó a participar, como prueba de su aceptación libre y voluntaria , firmaron un consentimiento incluido en el formato e inmediatamente se le aplicó la encuesta. Luego de lo cual fueron inscritas al próximo taller de climaterio , entregándoseles su tarjeta de asistencia.

De esta forma se procedió durante 8 semanas de lunes a sábado en turnos mañana o tarde tres veces por semana con las asistentes a los tres consultorios externos, en cada turno de acuerdo al procedimiento descrito se fueron añadiendo una a una las mujeres encuestadas hasta que se completó el tamaño de la muestra. Si la mujer

seleccionada inasistió a su consulta , no accedió a participar en el estudio o debía ser excluida, se eligió a la siguiente participante cumpliendo estrictamente con la secuencia aleatoria.

En el primer mes fueron encuestadas 10 a 12 mujeres por turno , 30 a 36 por semana logrando encuestar a 120 mujeres. En el segundo mes se encuestó al grupo restante es decir a 143 mujeres.

Los siguientes fueron los criterios para incluir o excluir a las participantes del estudio.

Criterios de inclusión:

- Mujeres climatéricas de 40 a 59 años que acudieron al Consultorio de Ginecología del Hospital Marino Molina.
- Mujeres climatéricas que aceptaron participación voluntaria y firmaron el consentimiento.

Criterios de Exclusión.

- Mujeres climatéricas sordas / mudas.
- Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

3.11. Técnicas de recolección de datos

TÉCNICA

La técnica utilizada fue la encuesta recopilándose la información para el estudio a través de un cuestionario. La propia investigadora se encargó de aplicar cada encuesta , supervisando el desarrollo de la misma, aclarando dudas y asegurándose que no quedara ninguna pregunta sin respuesta. Desde la primera parte con los datos socio demográficos pero primordialmente en la segunda parte con el cuestionario de sintomatología pues la mujer debía marcar no solamente el síntoma climatérico que pudiera presentar sino también su intensidad , en la tercera parte con el cuestionario de conductas de autocuidado fue más sencillo pues cada mujer debía marcar si realizaba o no cada actividad propuesta.

INSTRUMENTO

Se preparó un díptico en formato A 5 (210 mm x 148 mm) que contenía los dos instrumentos de recolección de datos, de tal modo que el contestar la encuesta resultara más amena y menos extensa. La portada contenía los datos socio demográficos los cuales había que marcar con una X con preguntas cerradas dicotómicas y politómicas ordinales, la cara interior A correspondía al cuestionario para la sintomatología climatérica con 13 preguntas representadas con caritas de acuerdo a la intensidad de los síntomas marcando con X con preguntas politómicas ordinales, la cara interior B correspondió al cuestionario para las conductas de autocuidado con 30 preguntas dicotómicas las cuales se indicó marcar con X si se realizaba o no la actividad señalada y por último la contraportada incluyó el consentimiento informado para el estudio.

SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA -SISTEMA DE PUNTUACIÓN

El cuestionario para la sintomatología climatérica fue una adaptación de la Escala de Puntuación Menopáusicas (MRS) Instrumento creado en Alemania y validado en Chile. Constaba de trece preguntas sobre las cuatro dimensiones: síntomas somáticos (6), psicológicos (3), cognitivo (2) y sexual (2). La encuestada marcaba la presencia e intensidad de los síntomas. Cada síntoma contaba con 5 grados de intensidad, con puntajes de 0 (sin síntomas) hasta 4 (síntomas muy intensos).

La suma total de los puntajes para cada dominio nos indicó cual fue el predominante. Para el dominio somático el puntaje mínimo fue 6 y el máximo 24, para la dimensión psicológica el puntaje mínimo fue de 3 y el máximo de 12, para la dimensión cognitiva y sexual, el puntaje mínimo fue de 2 y el máximo de 8, es decir que a más puntaje mayor intensidad de molestia.

El instrumento para la sintomatología climatérica fue sometido a un análisis de confiabilidad. Se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach, dado que las variables son politómicas con 5 valores como respuestas, el resultado de una prueba piloto aplicada a 25 mujeres climatéricas que no conformaron parte de la muestra, fue 0.740 dado que es mayor a 0.60, el instrumento de sintomatología climatérica resultó confiable.

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO-PUNTUACIÓN

El cuestionario para Conductas de Autocuidado tomó algunos elementos del Cuestionario de Voda (Voda, 1988), creado en Estados Unidos y validado en Brasil y Chile. El instrumento para esa variable consideró 30 preguntas para las cuatro dimensiones: somática, psicológica, cognitiva y sexual. En la que cada pregunta correspondía a un indicador o conducta de autocuidado. La encuestada indicó si realizaba o no realizaba cada actividad o conducta propuesta. Si la encuestada realizaba más del 50 % de las actividades o conductas de autocuidado propuestas para cada dimensión y en global se consideró un nivel eficaz. Si la encuestada realizaba el 50 % o menos de las actividades o conductas de autocuidado propuestas en cada dimensión y en global se consideró un nivel ineficaz. Finalmente el autocuidado se calificó como eficaz o ineficaz.

El cuestionario para las conductas de autocuidado también fue sometido a análisis de confiabilidad aplicando el Coeficiente de Correlación Interclase Kuder Richardson, dado que las variables son dicotómicas con 2 valores como respuesta. El resultado de la prueba piloto aplicada a 25 mujeres climatéricas resultó en una Correlación Intraclase de 0.638 el cual al ser mayor de 0.60 hace a este instrumento confiable. El análisis de confiabilidad de los instrumentos puede verse en detalle en la sección Anexos.

Asimismo ambos instrumentos por haber sido adaptados al contexto actual fueron sometidos a validación por cinco (05) jueces expertos. Las fichas de validación y Las pruebas de validez de contenidos se pueden apreciar en la sección anexos.

3.12. Análisis e interpretación de la información

La organización y presentación de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS V21e y el programa Microsoft Excel 2010; digitando el código ID y las demás informaciones de datos socio demográficos, sintomatología climatérica y conductas de autocuidado. En relación al análisis descriptivo, se han presentado

tablas y gráficos de frecuencias con sus respectivos promedios (Utilizando los valores asignados para cada respuesta).

Para la determinación de la Sintomatología Climatérica, para cada uno de los 13 ítems se calificó como: 0: ausente, 1: leve, 2: moderado 3: intenso y 4: muy intenso. La sumatoria de las medias de los ítems definidos establece el puntaje de cada uno de las dimensiones y la sumatoria de los datos obtenidos en las cuatro dimensiones establece el puntaje total o dimensión global de la escala (Cuanto mayor sea la cifra obtenida mayor es el nivel de la sintomatología).

Para la evaluación final y por dimensión se consideró el siguiente puntaje:

Tabla 1.- Valoración para determinar la Sintomatología Climatérica

Nivel	Dimensión somática	Dimensión Psicológica	Dimensión Cognitiva	Dimensión sexual	Global Sintomatología Climatérica
Sin molestia	0	0	0	0	0
Molestia leve	1 – 6	1 – 3	1 – 2	1 -2	1 – 13
Molestia moderada	7 – 12	4 - 6	3 – 4	3 - 4	14 – 26
Molestia severa	13 – 18	7 – 9	5 - 6	5 - 6	27 – 39
Molestia muy severa o intolerable	19 – 24	10 - 12	7 – 8	7 - 8	40 – 52

Para la determinación de las Conductas de Autocuidado, para cada uno de los 30 ítems se calificó como: 0: ausente, 1: Presente.

Se obtuvieron el promedio por cada dimensión de cada una de las mujeres encuestadas; valorándose como eficaz o ineficaz las conductas de autocuidado según el promedio obtenido en la tabla siguiente:

Tabla 2.- Valoración promedio para determinar las conductas de autocuidado

Nivel	Actividades para la dimensión somática	Actividades para la dimensión psicológica	Actividades para la dimensión cognitiva	Actividades para la dimensión sexual	Global Conductas de autocuidado
Ineficaz	0.00 – 0.50	0.00 – 0.50	0.00 – 0.50	0.00 – 0.50	0.00 – 0.50
Eficaz	0.51 – 1.00	0.51 – 1.00	0.51 – 1.00	0.51 – 1.00	0.51 – 1.00

De acuerdo a esta valoración, si la suma de los promedios por indicadores y por dimensiones es de 0.5 o menos se considerò ineficaz y si la suma de los promedios por indicadores y dimensiones fue mayor de 0.50 se considerò eficaz.

Se procedió a contabilizar la frecuencia y porcentajes de pacientes con conductas de autocuidado eficaz y no eficaz.

El análisis de relación entre las variables de Sintomatología Climatérica y Conductas de Autocuidado se efectuó haciendo uso del estadístico Chi Cuadrado, considerando las frecuencias obtenidas en cada una de las categorías de las variables de estudio.

Para el análisis inferencial se aplicó el estadístico Chi Cuadrado; existiendo una relación entre ambas variables cuando el valor obtenido del nivel de significación sea < de 0.05.

CAPÍTULO 4.

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1

Mujeres atendidas según características demográficas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016.

Variables demográficas		
Grupo Etáreo	N°	%
40 - 46 años	100	38.0
47 - 53 años	121	46.0
54 - 59 años	42	16.0
Total	263	100.0
Nivel Educativo	N°	%
Primaria	21	8.0
Secundaria	119	45.2
Superior Técnico	77	29.3
Superior Universitaria	46	17.5
Total	263	100.0
Estado conyugal	N°	%
Con pareja	209	79.5
Sin pareja	54	20.5
Total	263	100.0
Trabajo	N°	%
Remunerada	150	57.0
Ama de casa	113	43.0
Total	263	100.0
Procedencia	N°	%
Lima Metropolitana	142	54.0
Callao	8	3.0

Otras provincias	113	43.0
Total	263	100.0
Etapas del Climaterio		
	Nº	%
Pre menopausia	70	26.6
Peri menopausia	70	26.6
Post menopausia	123	46.8
Total	263	100.0

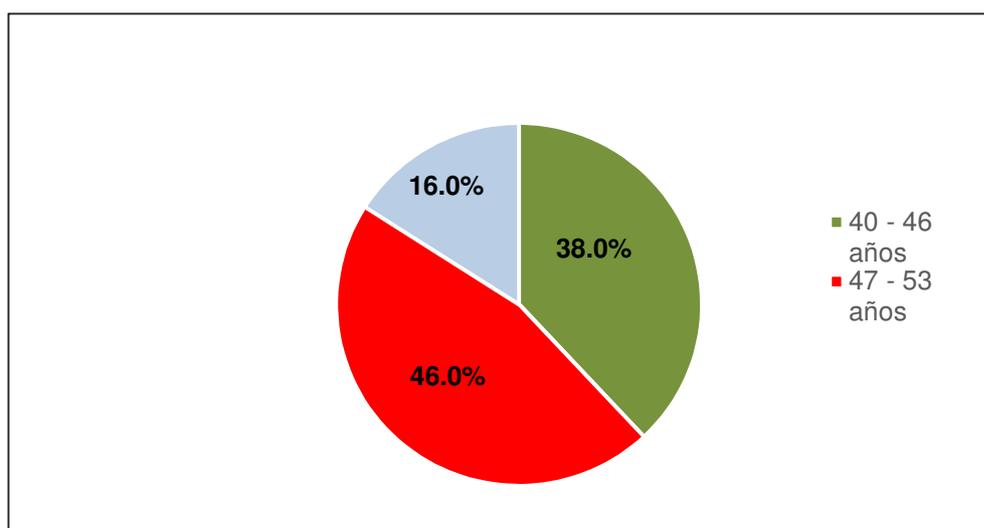


Figura 1 A. Mujeres atendidas segùn grupo etàreo en los Consultorios Externos de Ginecologia del Hospital Marino Molina en el año 2016. Fuente. Cuestionario de datos demogràficos y etapa de climaterio.

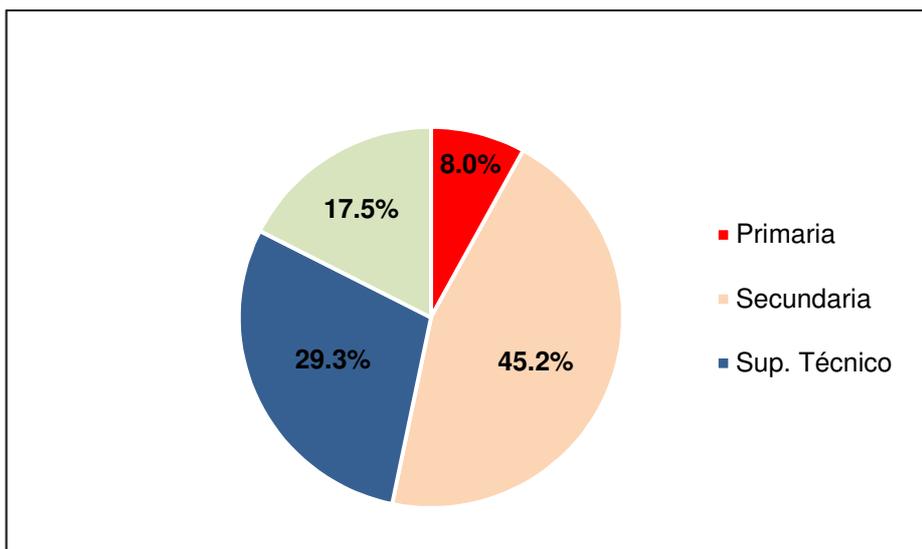


Figura 1 B. Mujeres atendidas según nivel educativo en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

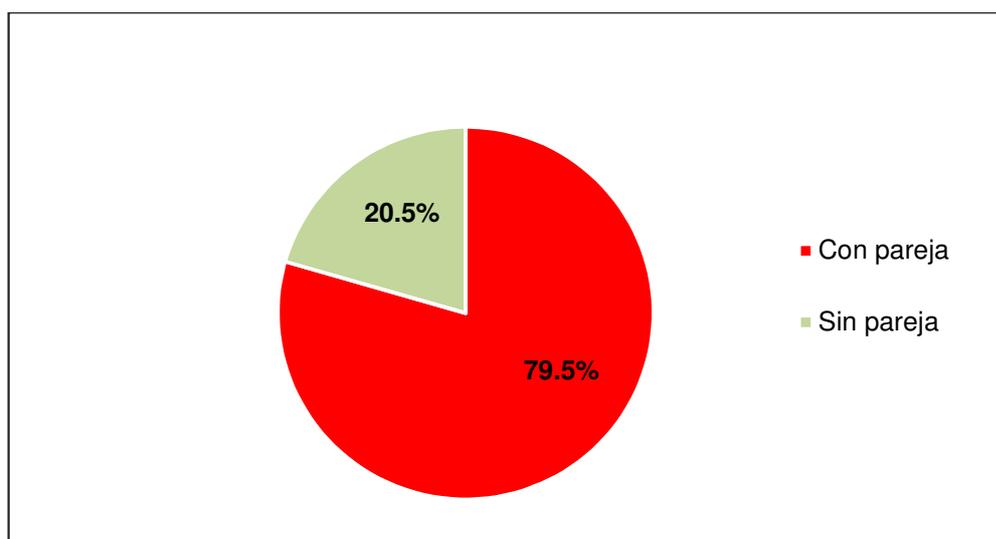


Figura 1 C. Mujeres atendidas según estado conyugal en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

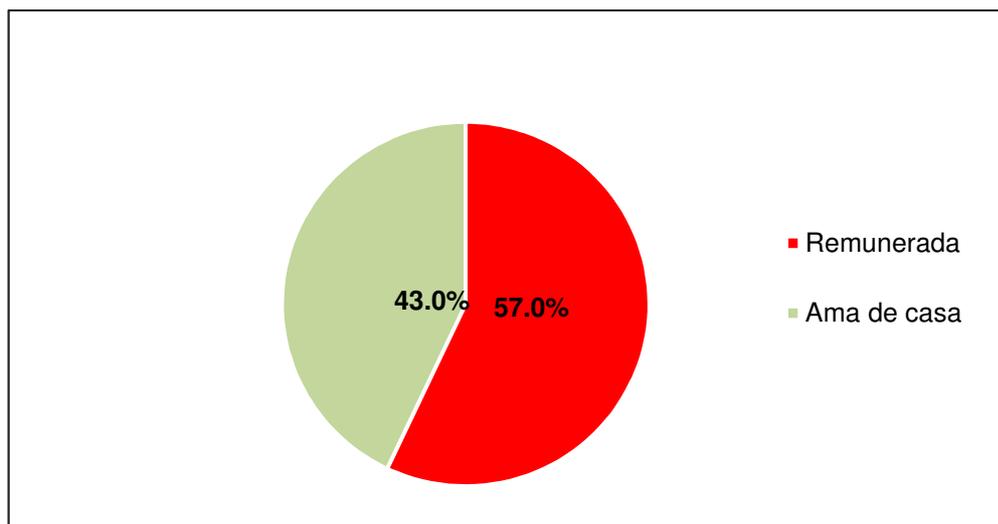


Figura 1 D .Mujeres atendidas según trabajo en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

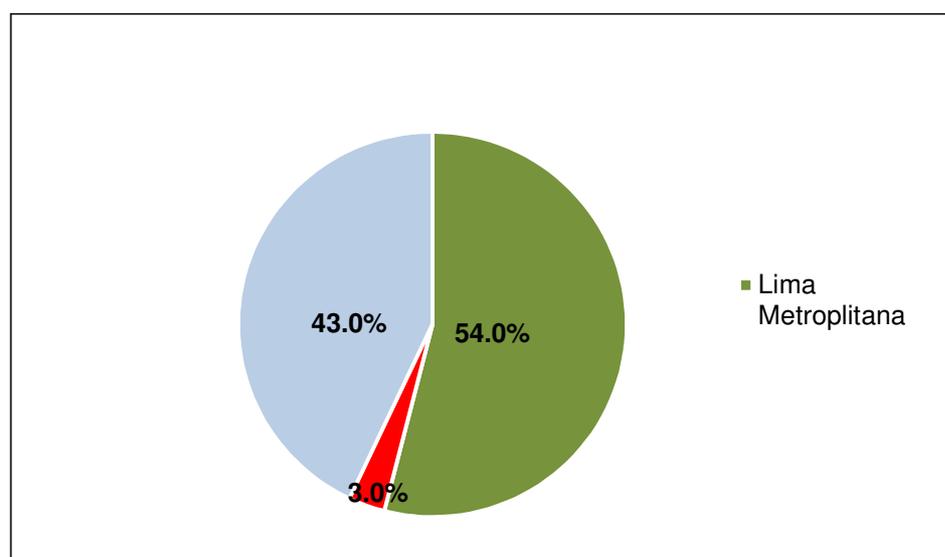


Figura 1 E: Mujeres atendidas según procedencia en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

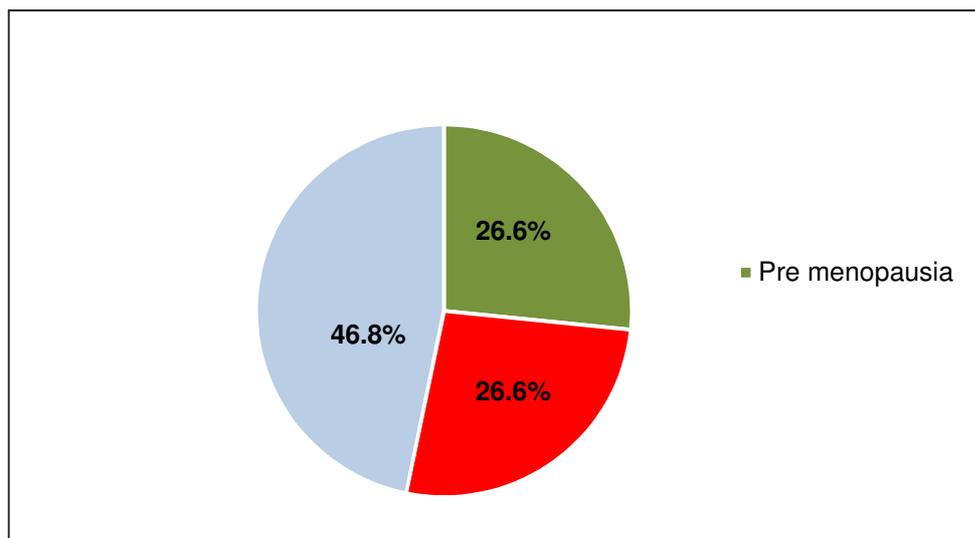


Figura 1 F. Mujeres atendidas según etapa del climaterio en los Consultorios Externos de Ginecología en el Hospital Marino Molina en el año 2016

Se estudiaron a 263 mujeres de 40 a 59 años, entre las cuales destacaron las siguientes características: el grupo mayor correspondió al de las mujeres de 47 a 53 años con el 46%, predominaron las mujeres con educación secundaria con el 45.2%, el 79% tenían pareja, el 57 % de ellas tenían un trabajo remunerado, el 54% habían nacido en Lima Metropolitana y las mayoría de ellas eran post menopáusicas representando el 46.8%.

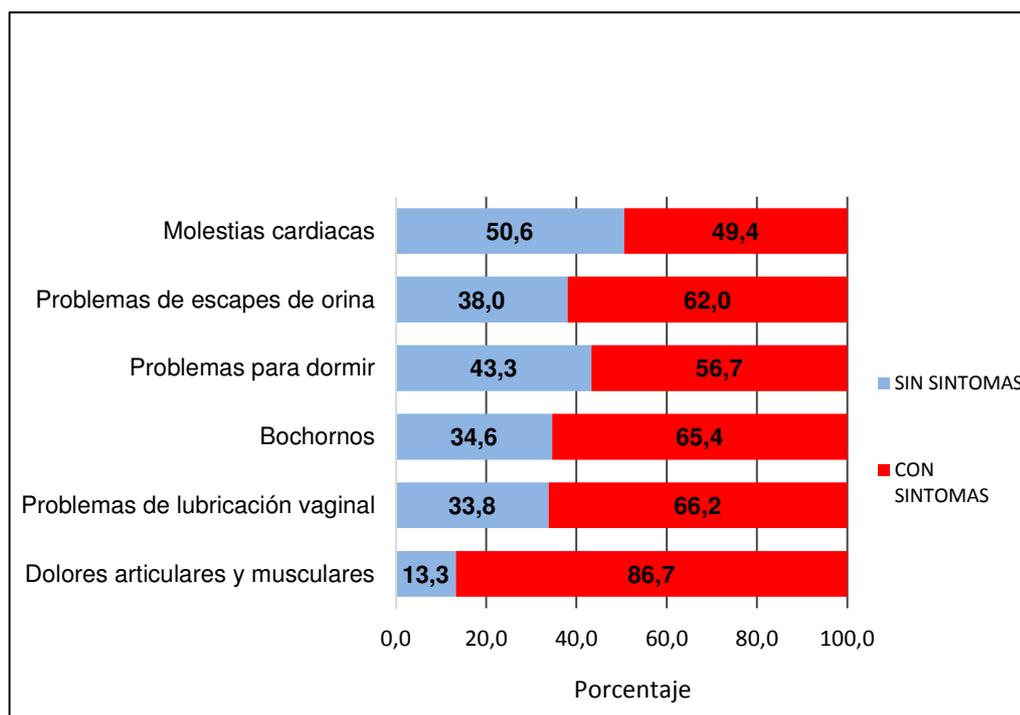


Figura 2. Sintomatología climatérica dimensión somática según indicadores en las mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016. Fuente. Cuestionario de sintomatología climatérica.

De acuerdo la figura 2 de la muestra de estudio, relacionada a la presencia de sintomatología climatérica somática, se puede observar que el 86.7% de las pacientes presentan dolores articulares y musculares y 12.3% no lo presentan, 66.2% presentan problemas de lubricación vaginal y 33.8% no la presentan, 65.4% presentan bochornos y 34.6% no lo presentan, 56.7% presentan problemas de escapes de orina y 38.0% no lo presentan, finalmente, 49.4% presentan molestias cardíacas y 50.6% no lo presentan.

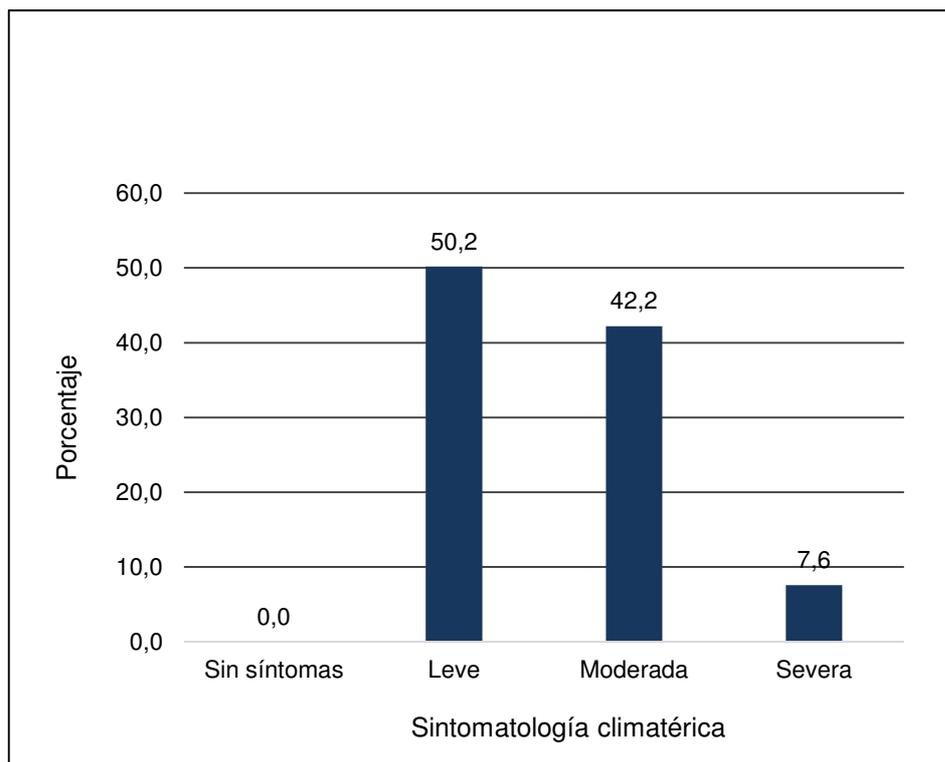


Figura 3. Nivel de sintomatología climaterica dimensión somática en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En la muestra de estudio, se observa que 50.2% de las mujeres atendidas que equivalen a 132 , presentan sintomatología climaterica somática leve, 42.2% de las mujeres es decir 111 presentaron sintomatología moderada y 20 mujeres presentaron sintomatología severa lo que equivale al 7.6%

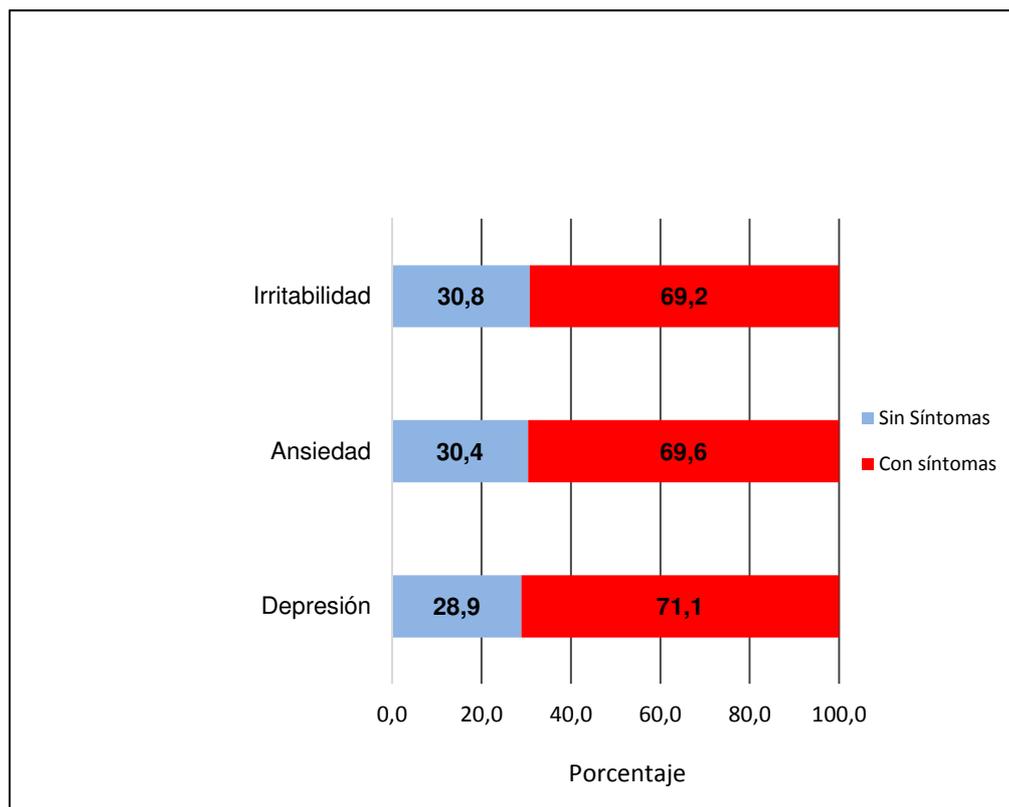


Figura 4 . Sintomatología climatérica dimensión psicológica según indicadores en las mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En la muestra en nuestro estudio, en relación a la presencia de sintomatología climatérica psicológica, se puede observar que el 71.1% de las pacientes presentan síntomas de depresión y 28.9% no lo presentan, 69.6% presentan síntomas de ansiedad y 30.4% no la presentan, finalmente, 69.2% presentan síntomas de irritabilidad y 30.8% no lo presentan

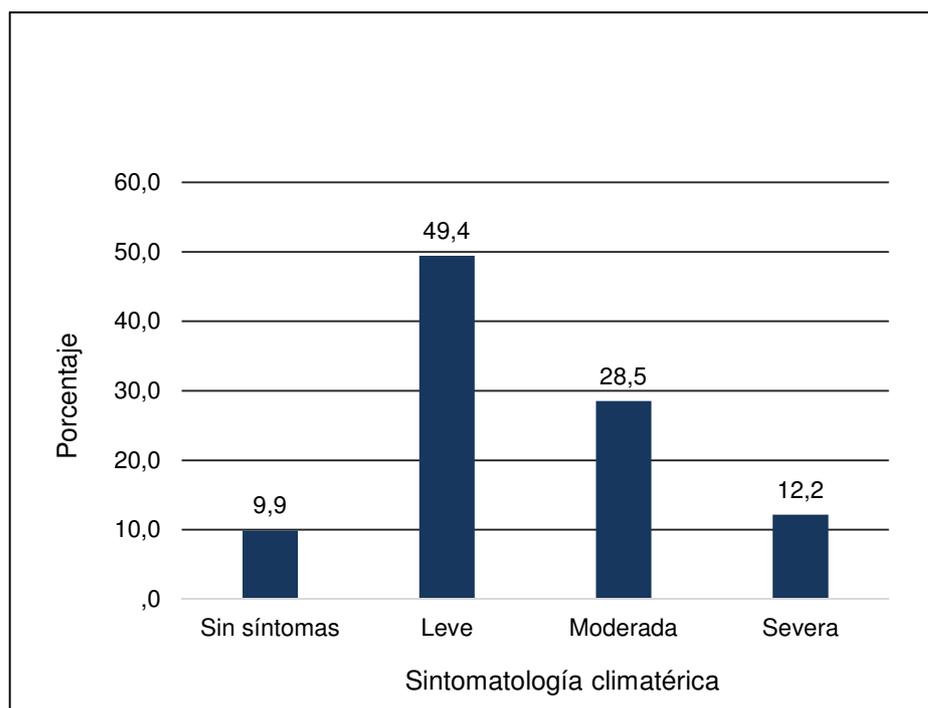


Figura 5. Nivel de sintomatología climacterica dimensión psicológica en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En este gráfico se observa que en la muestra de estudio, el 9.9% de las mujeres atendidas es decir 26 , no presentan sintomatología climacterica psicológica, mientras que 130 mujeres que representan al 49.4% de la muestra presentan sintomatología climacterica psicológica leve, 28.5% moderada es decir 75 mujeres y 12.2% que equivale a 32 mujeres presentaron sintomatología severa.

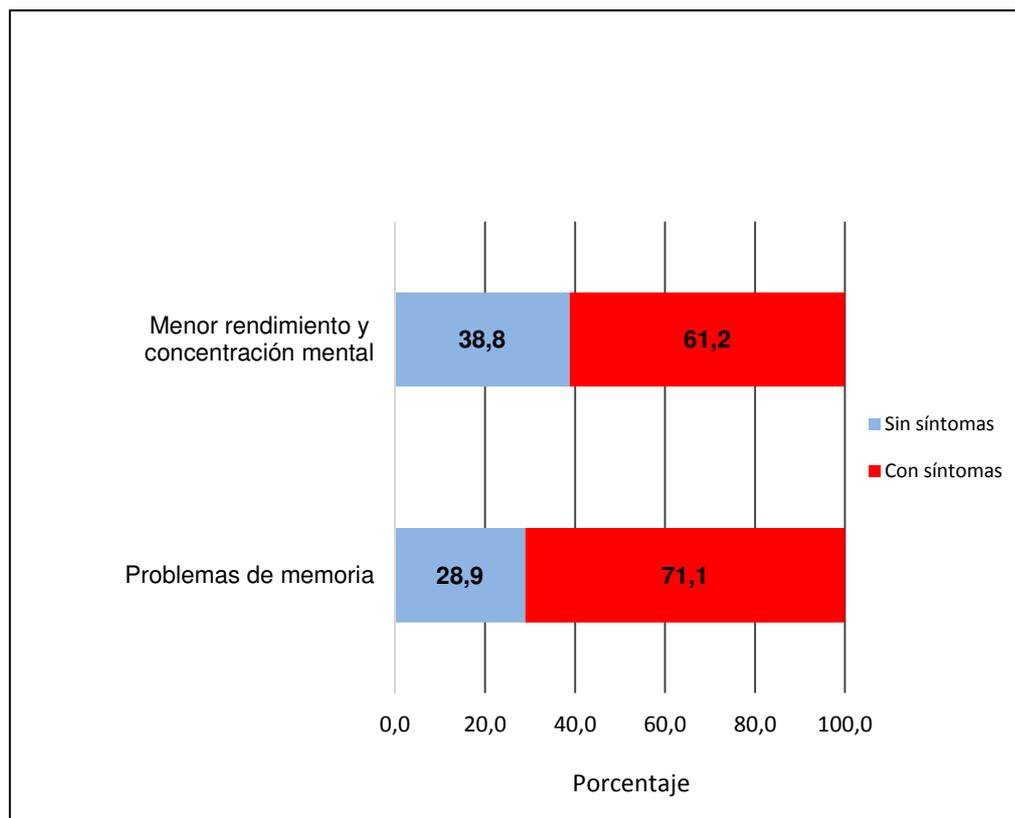


Figura 6. Sintomatología climática dimensión cognitiva según indicadores en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En la muestra de estudio relacionada a la presencia de sintomatología climática cognitiva, el 71.1 % de mujeres presentan problemas de memoria y 28.9% no lo presentan, 61.2% presentan menor rendimiento y concentración mental y 38.8% no lo presentan.

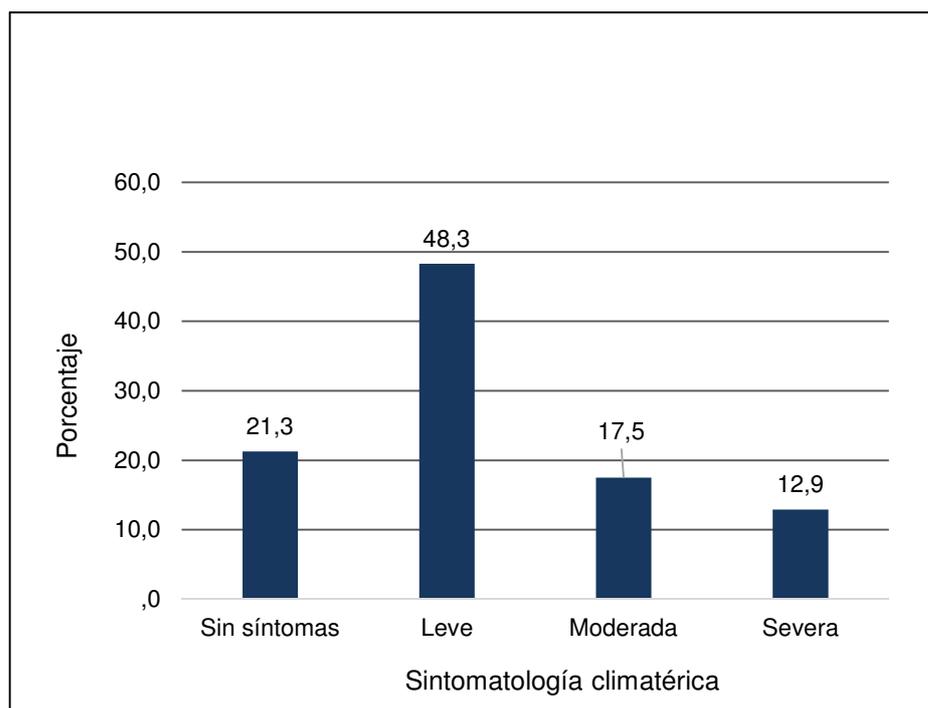


Figura 7. Nivel de sintomatología climacterica dimensión cognitiva en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En esta figura se observa que, en la muestra del estudio el 21.3% de las pacientes atendidas (56 mujeres) no presentan sintomatología climacterica cognitiva, mientras que 48.3% que equivalen a 127 mujeres presentan sintomatología climacterica cognitiva leve, 17.5% moderada es decir 46 mujeres presentan sintomatología moderada y 12.9% de las mujeres es decir 34 , presentan sintomatología severa.

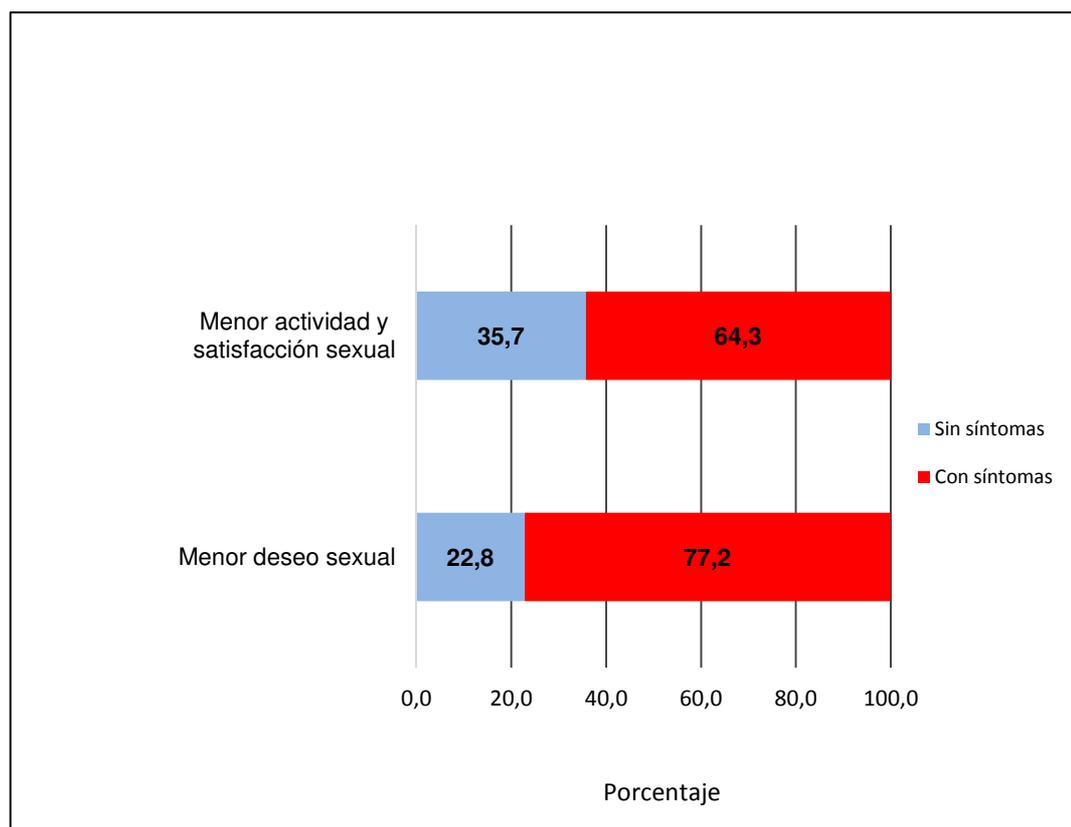


Figura 8. Sintomatología climática dimensión sexual según indicadores en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En la muestra de estudio, relacionada a la presencia de sintomatología climática sexual, podemos observar que el 77.2% de las pacientes presentan menor deseo sexual y 22.8% no lo presentan, 64.3% presentan menor actividad y satisfacción sexual y 35.7% no lo presentan.

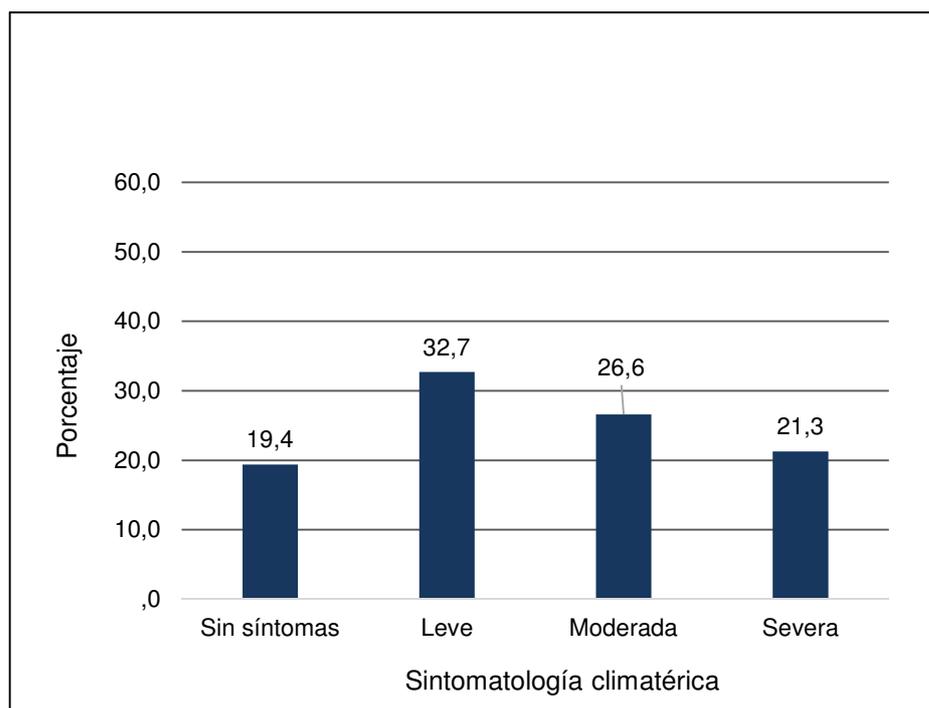


Figura 9. Nivel de sintomatología climacterica dimensión sexual en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En la presenta gráfica según nivel de sintomatología, se observa que de la muestra de estudio, el 19.4% de las pacientes atendidas (51 mujeres) no presentan sintomatología climacterica sexual, mientras que 32.7% presentan sintomatología climacterica sexual leve (86 mujeres), 26.6%de la muestra es decir 70 mujeres presentaron sintomatología moderada y 56 mujeres que representan al 31.3% presentaron sintomatología severa.

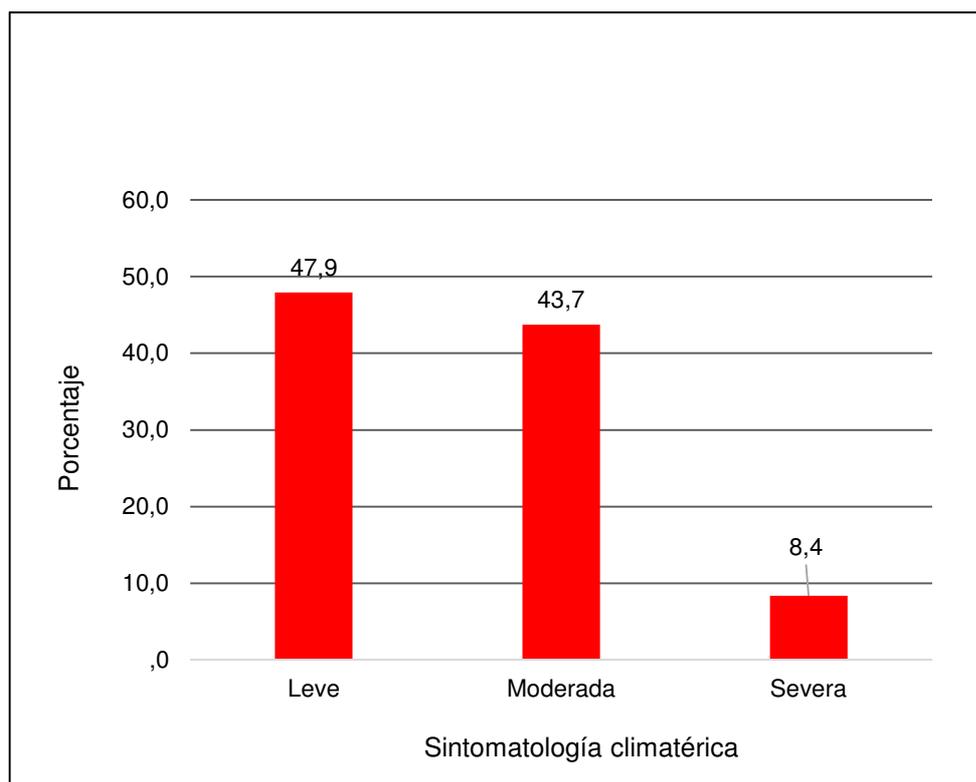


Figura 10. Nivel global de sintomatología climaterica en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

De la muestra de estudio, se puede observar en el cuadro y gráfico N° 10 que 47.9% de las pacientes atendidas es decir 126 mujeres presentan sintomatología climaterica leve, 115 mujeres que representan el 43.7% presentan sintomatología moderada y 8.4% es decir 22 mujeres presentaron sintomatología climaterica severa.

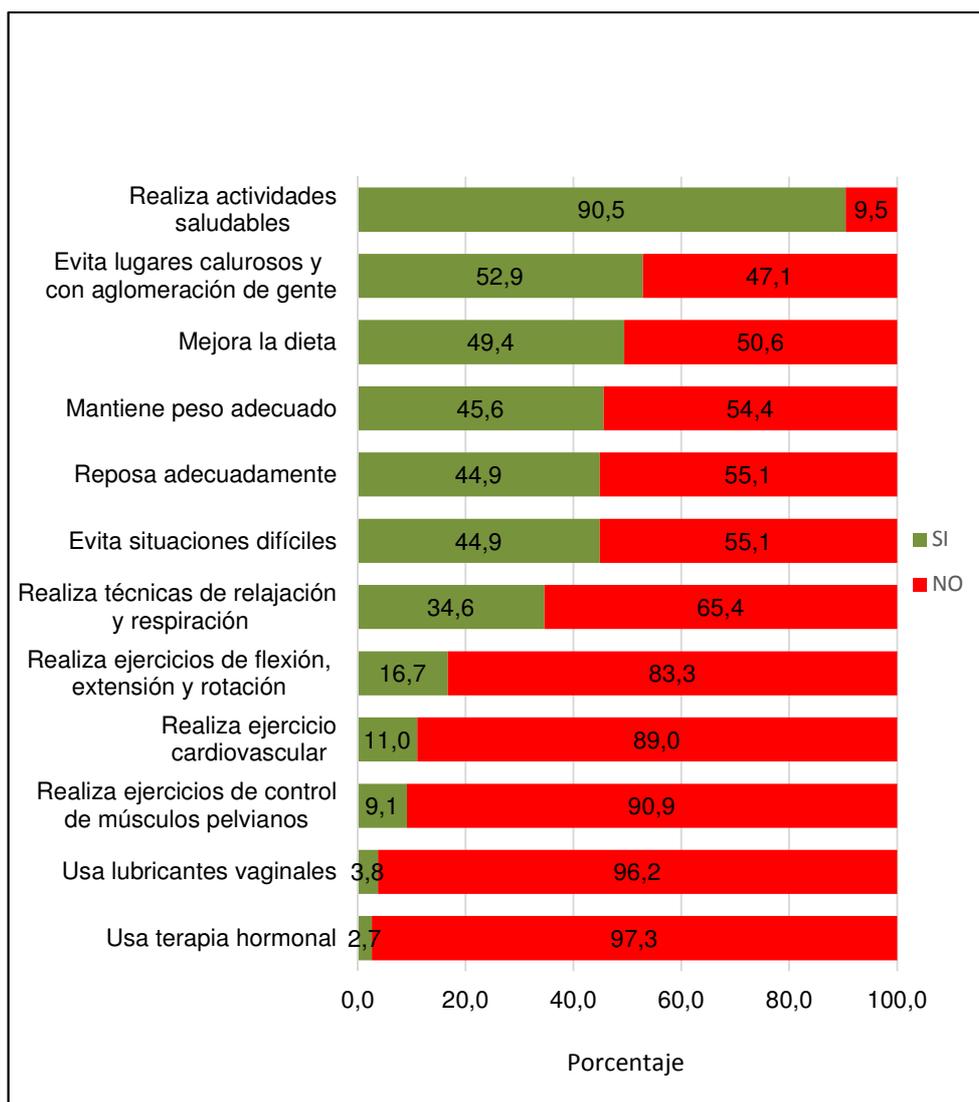


Figura 11. Conductas de autocuidado en la dimensión somática según indicadores en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016. Fuente. Cuestionario de conductas de autocuidado.

De la muestra de estudio en relación a las conductas de autocuidado para la dimensión somática, se observa que el 90.5% de las pacientes realizan actividades saludables, 52.9% evitan lugares calurosos y con aglomeración de gente porque han notado que así tienen menos bochornos mantiene peso adecuado controlando su peso periódicamente, 44.9% evitan situaciones difíciles que le generen tensiones, 44.9% reposan adecuadamente porque duermen al menos 8 horas, 34.6% realizan técnicas

de relajación y respiración cuando se sienten estresadas, 16.7% realizan ejercicios de flexión, extensión y rotación practicando gimnasia , yoga o danza, 11.0% realizan ejercicios cardiovascular porque salen a correr al menos 3 veces a la semana, 9.1% realizan ejercicios de Kegel para prevenir los escapes de orina, solo el 3.8% usan lubricantes vaginales durante las relaciones sexuales y 2.7% usan terapia hormonal predominantemente cremas vaginales con estrógenos para mejorar la sequedad vaginal

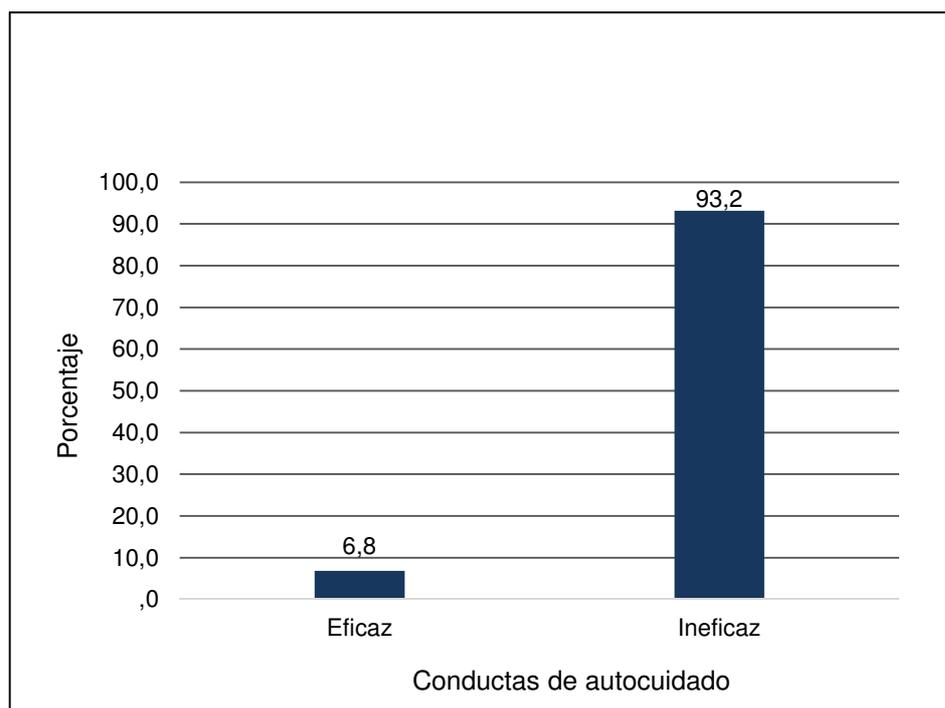


Figura 12. Nivel de conductas de autocuidado en la dimensión somática en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología en el Hospital Marino Molina en el año 2016

De acuerdo a lo que se puede observar en esta figura el 6.8% de la muestra de estudio es decir solamente 18 mujeres, tienen un nivel eficaz de conductas de autocuidado recomendadas para controlar o mejorar los síntomas climatéricos somáticos y el 93.2% es decir 245 mujeres presentan conductas ineficaces.

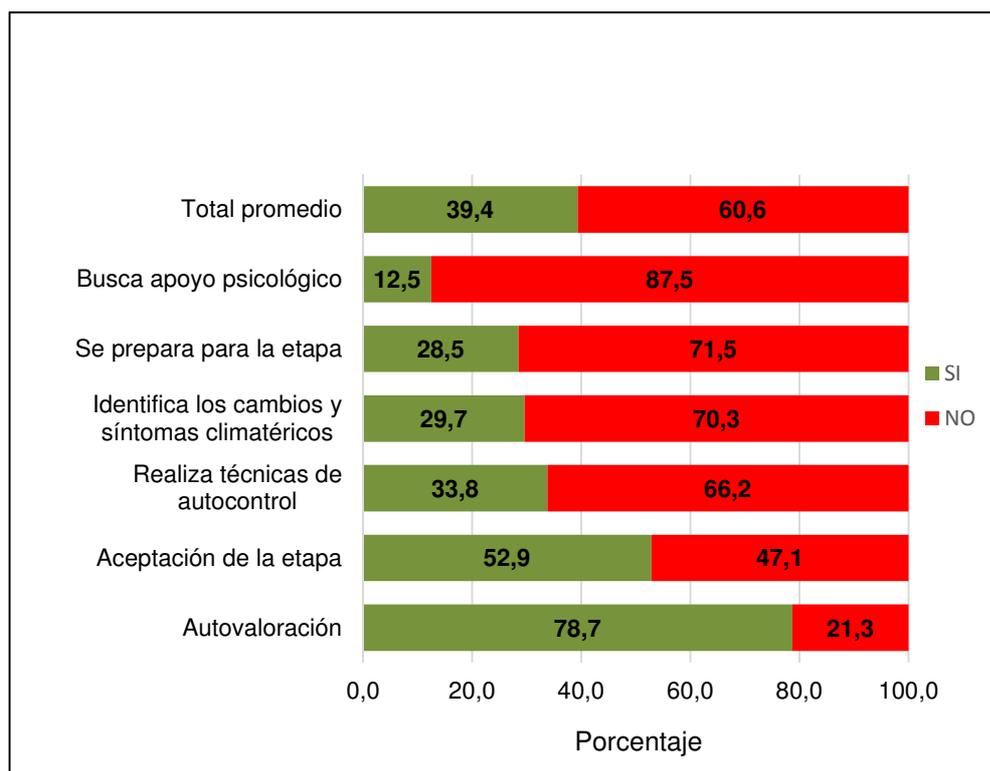


Figura 13. Conductas de autocuidado en la dimensión psicológica según indicadores en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En lo que se refiere a las conductas de autocuidado para la dimensión psicológica, en la figura se observa que el 78.7% de las pacientes se auto valoran, pero el 52.9% aceptan la etapa que están viviendo, 33.8% realizan técnicas de autocontrol cuando sienten frustración o enojo, 29.7% identifican los cambios y síntomas climatéricos, 28.5% se preparan para la etapa pues refirieron conocer el significado de los términos climaterio y menopausia y solo 12.5% buscan apoyo psicológico para controlar o mejorar los síntomas climatéricos psicológicos como la depresión, ansiedad o irritabilidad.

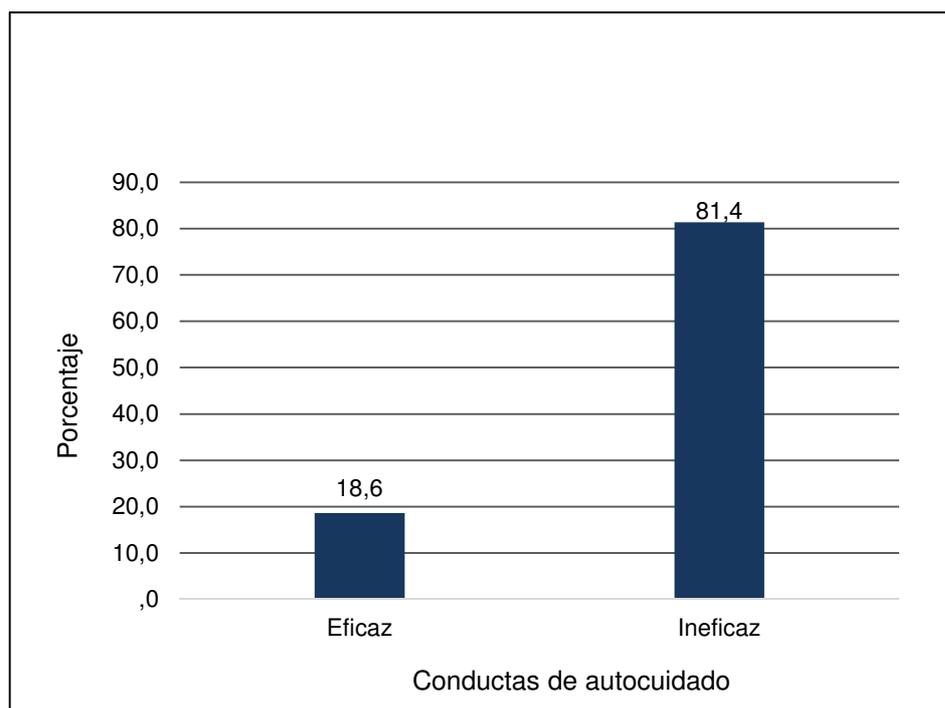


Figura 14. Nivel de conductas de autocuidado en la dimensión psicológica en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología en el Hospital Marino Molina en el año 2016

De la muestra de estudio, podemos observar en este gráfico que el 18.6% de mujeres es decir solo 49 presentan un nivel eficaz de conductas de autocuidado recomendadas para controlar o mejorar la sintomatología psicológica y 81.4% es decir 214 mujeres presentan un nivel ineficaz.

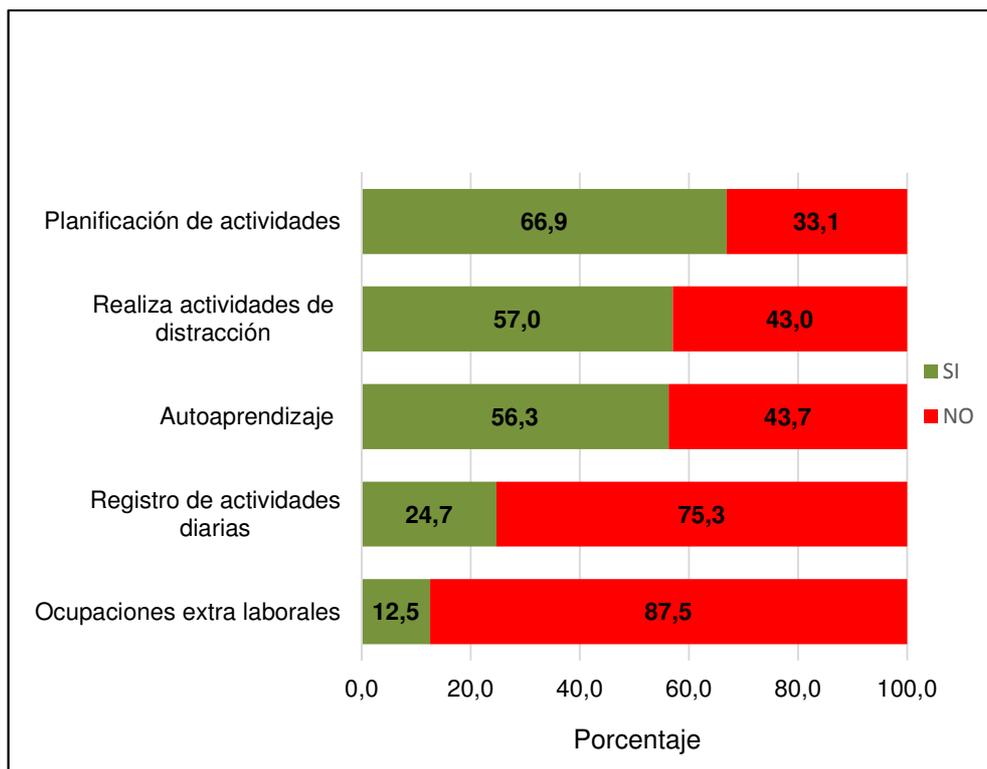


Figura 15. Conductas de autocuidado en la dimensión cognitiva según indicadores en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En el estudio, en lo referente a las conductas de autocuidado para la dimensión cognitiva, se observa que el 66.9% programan o planifican sus actividades, 57.0% de las pacientes realizan actividades de distracción al menos una vez a la semana, 56.3% auto aprenden nuevas actividades, 24.7% registran sus actividades diarias y 12.5% tienen ocupaciones extra laborales es decir que se están capacitando profesionalmente o se encuentran estudiando en la actualidad.

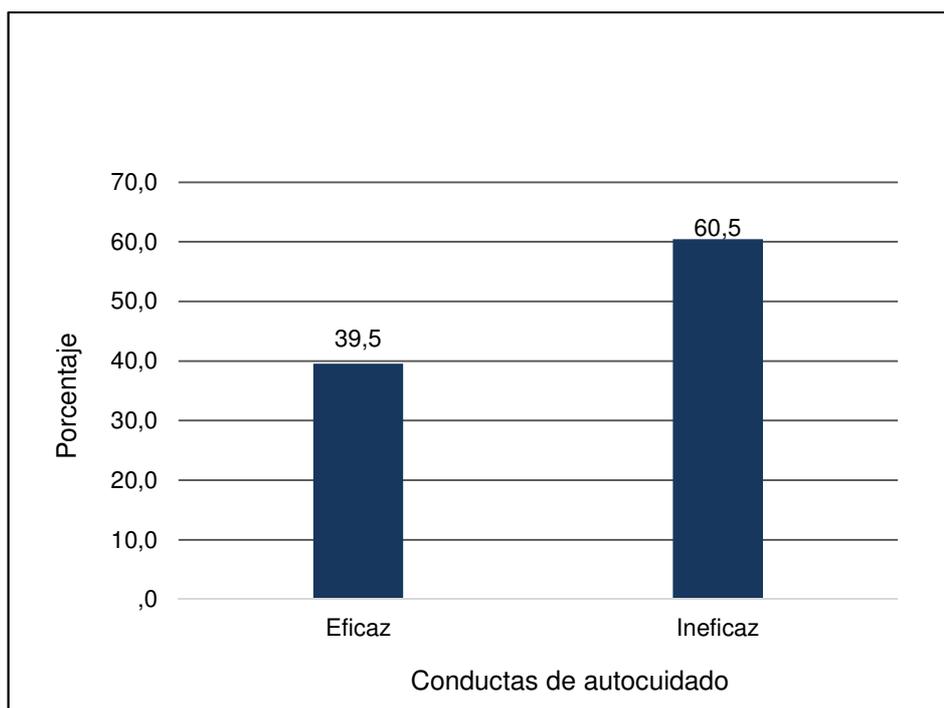


Figura 16. Nivel de conductas de autocuidado en la dimensión cognitiva en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En este gráfico se observa que 60.5% de la muestra de estudio 159 mujeres presentan un nivel conductas de autocuidado eficaz para mejorar la función cognitiva y el 39.5% es decir 104 mujeres presentan un nivel ineficaz. Esta es la dimensión en la que se puede evidenciar el nivel de conductas de autocuidado más elevado en comparación a las otras dimensiones en estudio.

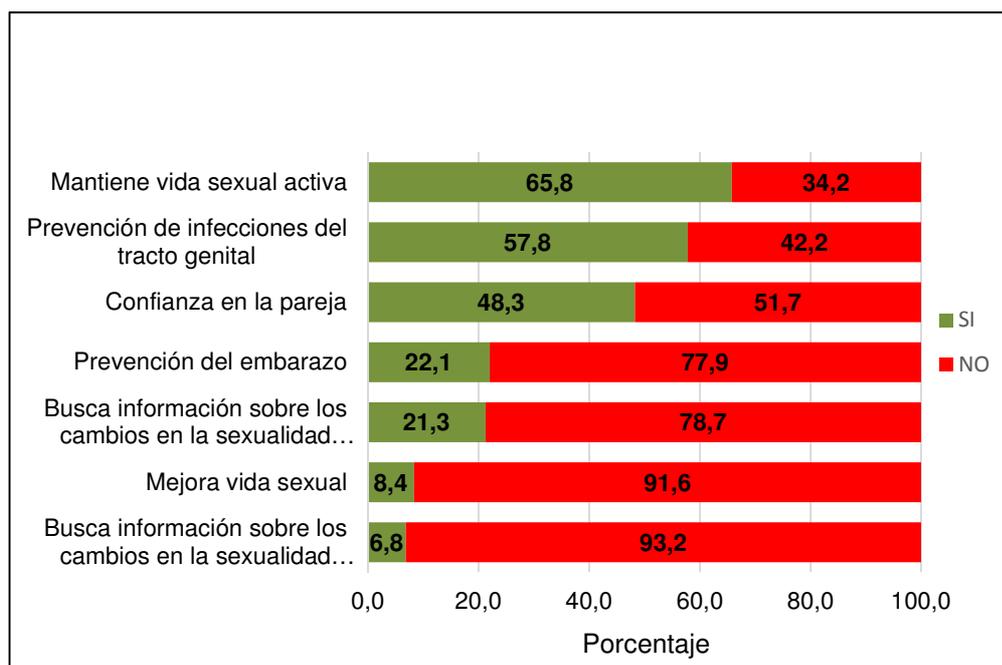
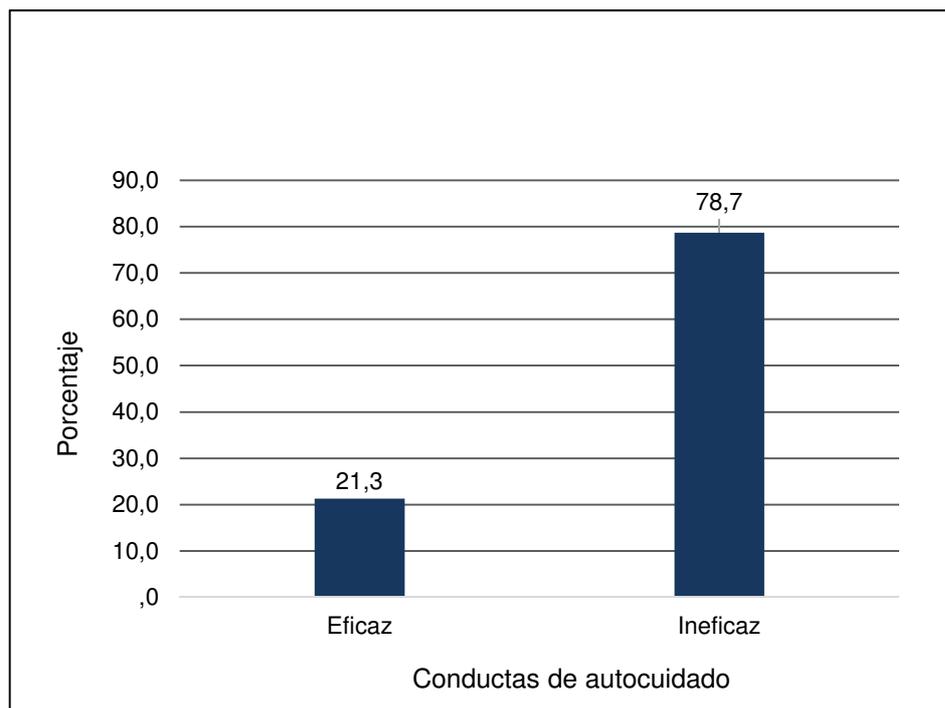


Figura 17. Conductas de autocuidado en la dimensión sexual según indicadores en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología en el Hospital Marino Molina en el año 2016

En la muestra de estudio, en relación a las conductas de autocuidado para la dimensión sexual, se puede observar que esta es la dimensión en la que las mujeres encuestadas realizan menos actividades de autocuidado. Quizás el mejor indicador es que el 65.8% de las pacientes mantienen vida sexual activa considerando que su vida sexual no acaba con la llegada de la menopausia, 57.8% realizan consulta ginecológica y pruebas de salud al menos una vez al año previniendo así infecciones del tracto genital, 48.3% tienen confianza en su pareja porque comentan sus inquietudes y problemas sexuales, 22.1% de las mujeres pre y peri menopaúsicas usan métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo no deseado, 21.3% buscan información sobre los cambios en la sexualidad femenina que puedan explicar los síntomas presentes, 8.4% reportó haber realizado algún cambio para mejorar su vida sexual y 6.8% indicó buscan información sobre los cambios en la sexualidad masculina porque estos cambios influyen también en la sexualidad en la pareja.



Fuente: Cuestionario de autocuidado

Figura 18. Nivel de conductas de autocuidado en la dimensión sexual en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En el cuadro y gráfico de la muestra de estudio, se observa que el 21.3% es decir 56 mujeres presentan un nivel de autocuidado eficaz para controlar o mejorar la sintomatología sexual y el 78.7% es decir 207 mujeres presentan un nivel ineficaz

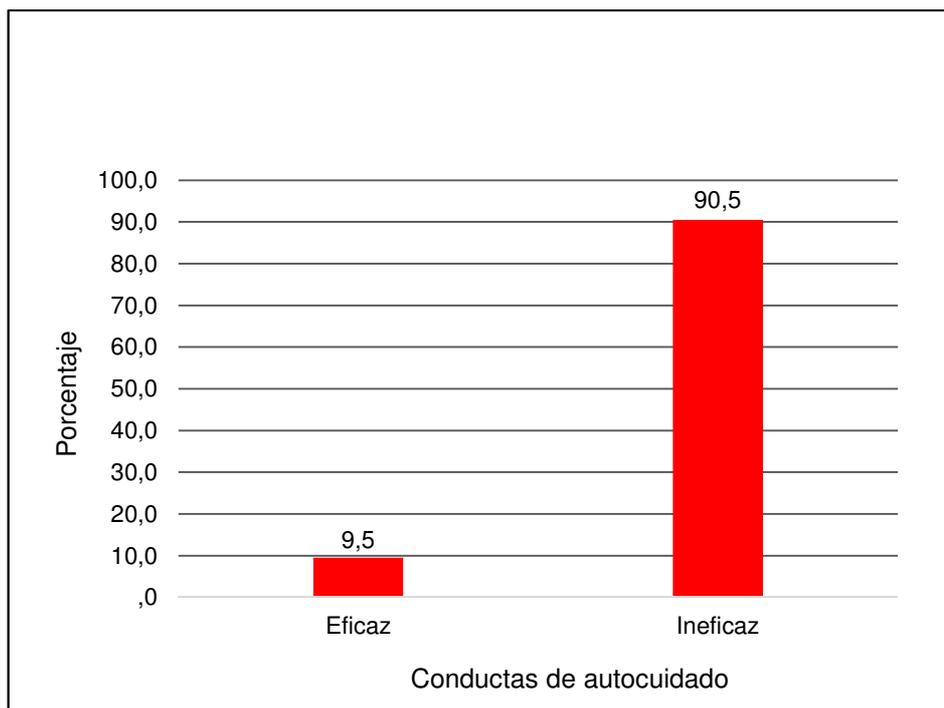
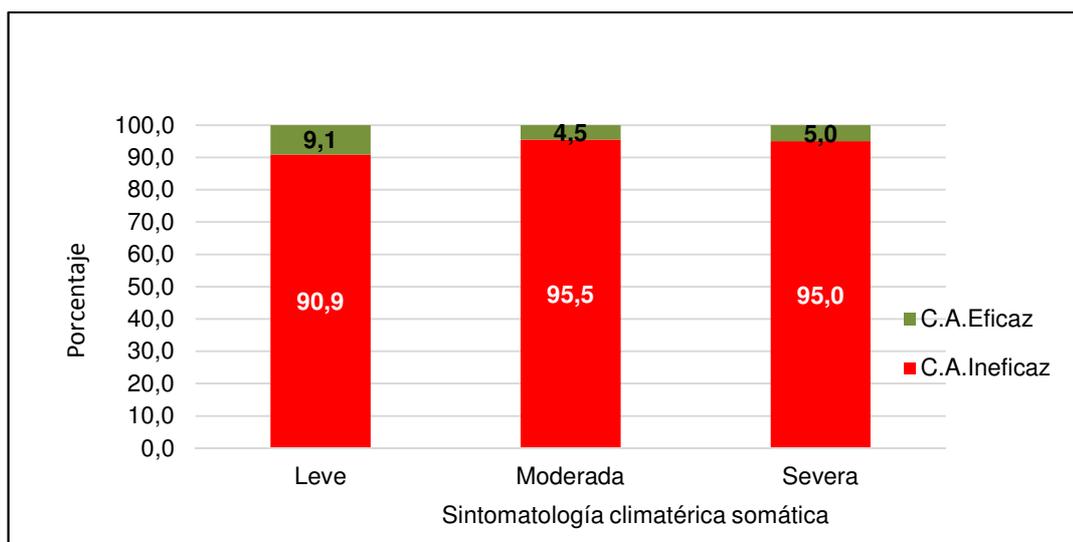


Figura 19. Nivel global de conductas de autocuidado en las mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En esta figura se observa que de la muestra de estudio, el 90.5 % que equivalen a 238 mujeres presentan un nivel ineficaz, es decir que no realizan las conductas de autocuidado recomendadas para atenuar o controlar la sintomatología climatérica y solamente 25 mujeres que representan el 9.5 % realizan esas actividades.

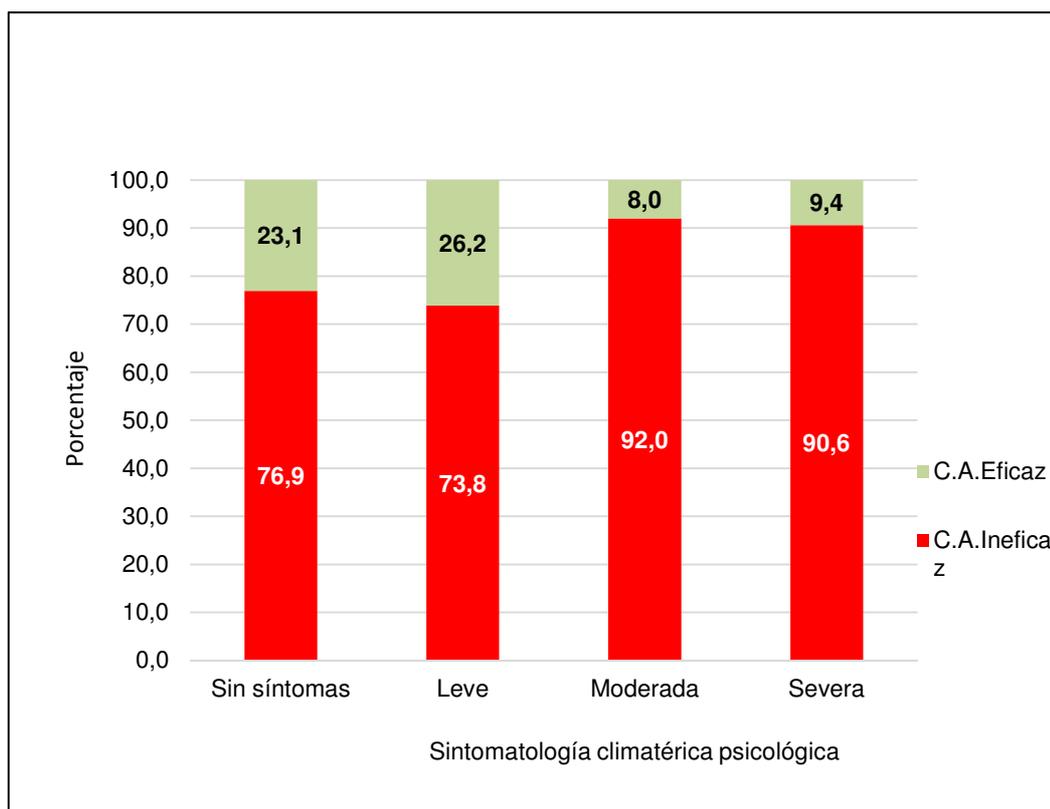


$$X^2=2.105 \quad gl=2 \quad p=0.349$$

Figura 20. Relación entre la sintomatología climatérica dimensión somática y conductas de autocuidado en la dimensión somática en las mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

De la muestra en nuestro estudio, se observa en la figura que del grupo de mujeres con sintomatología climatérica somática leve, 9.1% presentan un nivel conductas de autocuidado eficaz para esa dimensión y el 90.9% presentan un nivel ineficaz; del grupo de pacientes con sintomatología climatérica somática moderada solo 4.5% presentan un nivel conductas de autocuidado eficaz para la dimensión somática y el 95.5% presentan un nivel ineficaz y del grupo de mujeres con sintomatología climatérica somática severa, el 5 % presenta un nivel conductas de autocuidado eficaz y el 95 % presenta un nivel ineficaz.

Se puede concluir que, contrariamente a lo que podría esperarse solamente el 9.5% de las mujeres con niveles de sintomatología somática moderada a severa tienen un nivel eficaz de autocuidado. De acuerdo a las pruebas de significancia estadística de chi cuadrado por ser $p=0.349 > 0.05$, se puede decir que las conductas de autocuidado para la dimensión somática son similares en las mujeres con diferentes niveles de sintomatología somática, no existe relación significativa entre ambas variable.



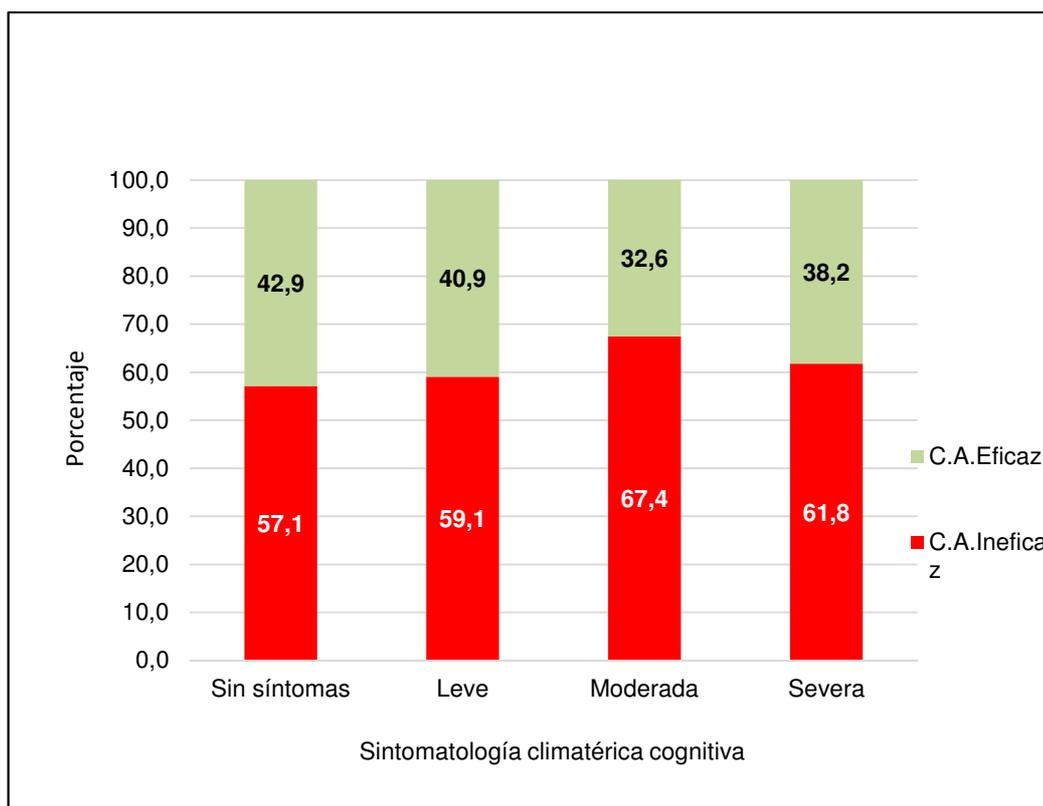
$\chi^2= 12.592$ $gl=3$ $p=0.006$

Figura 21. Relación entre la sintomatología climatérica dimensión psicológica y conductas de autocuidado en la dimensión psicológica en las mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

De la muestra de estudio, se observa que del *Figura 21. Relación entre la sintomatología climatérica psicológica y conductas de autocuidado para la dimensión psicológica en las mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016* grupo de mujeres sin sintomatología climatérica psicológica, 23.1% presentan un nivel de conductas de autocuidado para eficaz para esa dimensión y el 76.9% presentan un nivel ineficaz; del grupo de mujeres con sintomatología climatérica psicológica leve, 26.2% presentan un nivel conductas de autocuidado eficaz y el 73.8% presentan un nivel ineficaz; del grupo de mujeres con sintomatología climatérica psicológica moderada, 8.0% presentan un

nivel conductas de autocuidado eficaz para esa dimensión y el 92.0% presentan un nivel ineficaz; y del grupo de pacientes con sintomatología climatérica psicológica severa, el 9.4% presentan un nivel de conductas de autocuidado eficaz y 90.6% ineficaces para esa dimensión.

Se puede concluir que existe relación significativa ($p=0.006 < 0.05$) entre la sintomatología climatérica psicológica y las conductas de autocuidado planteadas para la dimensión psicológica en las mujeres estudiadas; siendo el nivel más eficaz en el grupo de pacientes con sintomatología climatérica leve. Esto quiere decir a medida que la mujer percibe e identifica síntomas climatéricos psicológicos ella realiza más conductas de autocuidado para controlar o mejorar los síntomas al menos en esta dimensión.



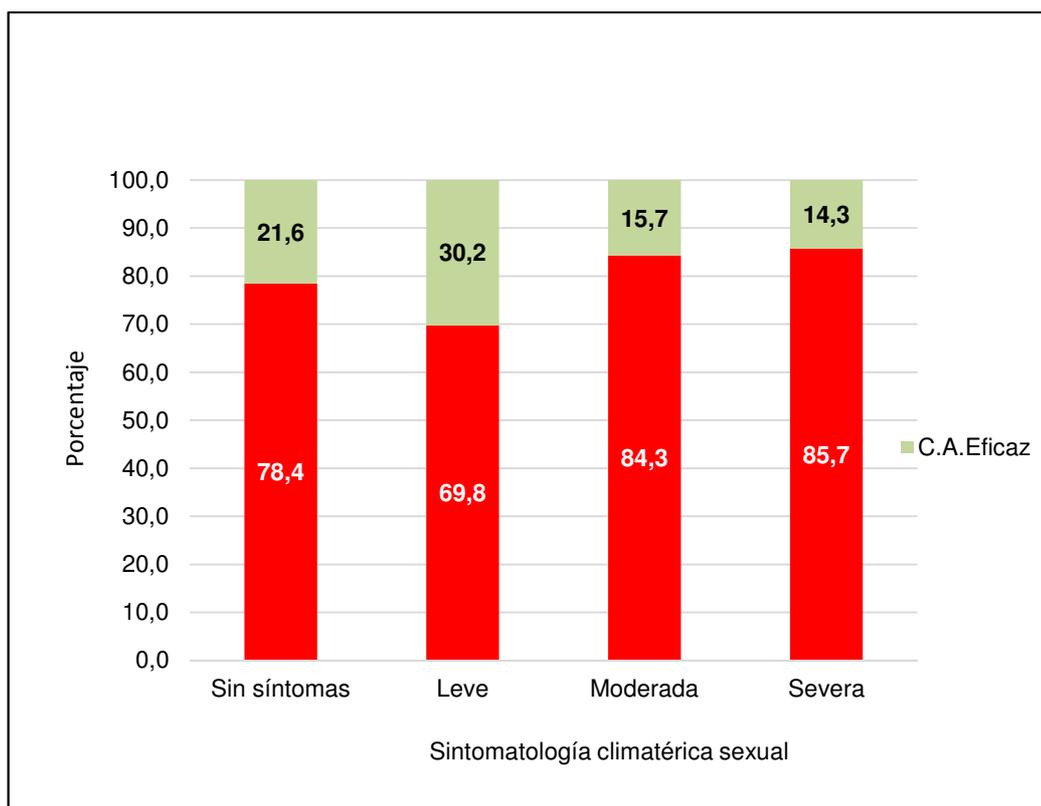
$$X^2=1.311 \quad gl=3 \quad p=0.726$$

Figura 22. Relación entre la sintomatología climática dimensión cognitiva y las conductas de autocuidado para la dimensión cognitiva en mujeres atendidas en Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En esta figura se puede observar que en cuanto a las conductas de autocuidado para la dimensión cognitiva y su relación con los síntomas cognitivos, se encontró que esta es la dimensión con los mejores resultados. De la muestra de estudio, se observa que del grupo de mujeres sin sintomatología climática cognitiva, 42.9% presentan un nivel conductas de autocuidado eficaz para esa dimensión y 57.9% un nivel ineficaz; del grupo de mujeres con sintomatología climática cognitiva leve, 40.9% presentan un nivel de conductas de autocuidado eficaz para esa dimensión y 59.1% un nivel ineficaz; del grupo de mujeres con sintomatología climática cognitiva

moderada, 32.6% presentan un nivel de conductas de autocuidado eficaz para esa dimensión y 67.4% un nivel ineficaz; y del grupo de pacientes con sintomatología climatérica cognitiva severa, 38.2% presentan un nivel de conductas de autocuidado eficaz para esa dimensión y 61.8% un nivel ineficaz. Esta es la dimensión con el mejor nivel de conductas de autocuidado en comparación con las otras dimensiones estudiadas.

Se puede concluir que las conductas de autocuidado para la dimensión cognitiva adoptadas son similares en los diferentes grupos de pacientes con sintomatología climatérica cognitiva ($p=0.726 > 0.05$); es decir que no existe relación significativa entre ambas variables.

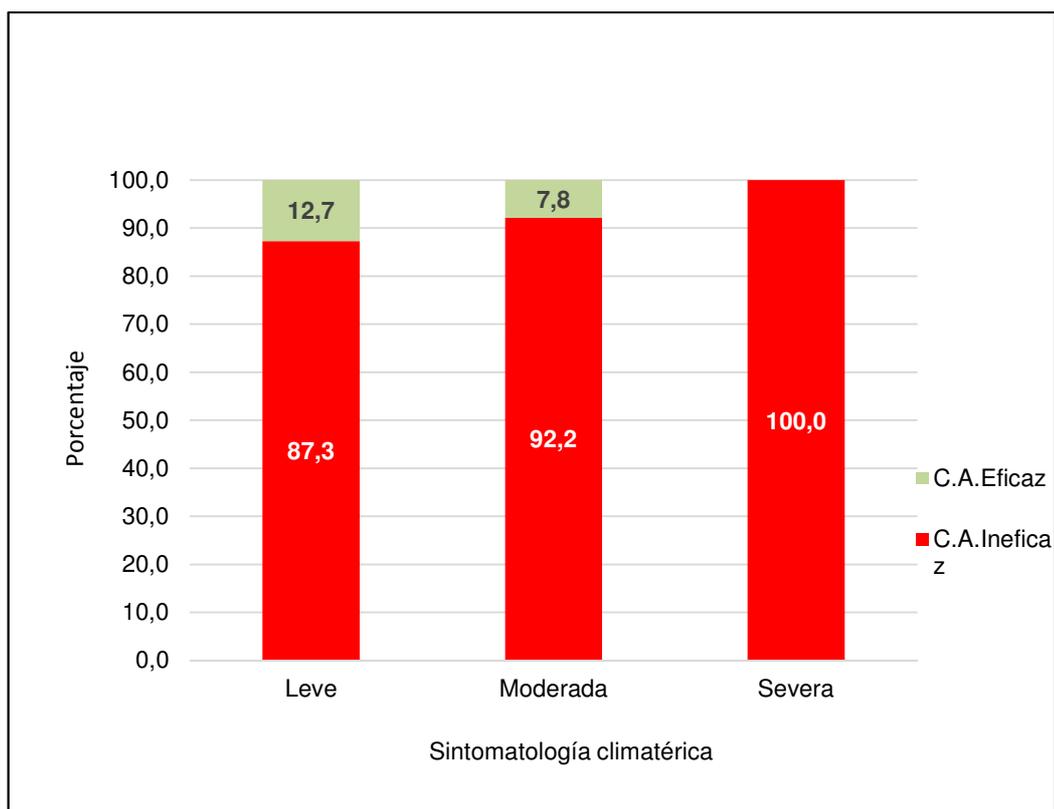


$$X^2=7.044 \quad gl=3 \quad p=0.071$$

Figura 23. Relación entre la sintomatología climatérica dimensión sexual y conductas de autocuidado en la dimensión sexual en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En la muestra en nuestro estudio, se observa que del grupo de pacientes sin sintomatología climatérica sexual, 21.6% presentan un nivel de conductas de autocuidado eficaz para la dimensión sexual y 78.4% presenta un nivel ineficaz; del grupo de mujeres con sintomatología climatérica sexual leve, 30.2% presentan un nivel de conductas de autocuidado eficaz y 69.8% presentan un nivel ineficaz; del grupo de pacientes con sintomatología climatérica sexual moderada, 15.7% presentan un nivel de conductas de autocuidado eficaz y 84.3% un nivel ineficaz; y del grupo de mujeres con sintomatología climatérica sexual severa, 14.3% presentan un nivel conductas de autocuidado eficaz y 85.7% un nivel ineficaz.

En cuanto a la relación entre la sintomatología sexual y las conductas de autocuidado para la dimensión sexual la que se puede apreciar en el cuadro y gráfica 23, en el estudio se encontró que entre las 86 mujeres con sintomatología leve 26 de ellas (30.2%) presentaron un nivel actividades de autocuidado para los síntomas sexuales y que entre las 126 mujeres con sintomatología moderada y severa solo 19 tuvieron un nivel de conductas de autocuidado eficaz esto equivale al 15%. Igualmente no se encontró relación significativa entre estas variables al ser $p=0.071>0.05$.



$$X^2=4.181 \quad gl=3 \quad p=0.124$$

Figura 24. Relación entre la sintomatología climatérica y conductas de autocuidado en mujeres atendidas en los Consultorios Externos de Ginecología del Hospital Marino Molina en el año 2016

En el presente estudio, en lo referente a la relación entre las variables de estudio, se puede observar que del grupo de mujeres con sintomatología climatérica leve, 12.7% presentan un nivel de conductas de autocuidado eficaz y el 87.3% un nivel ineficaz; del grupo de mujeres con sintomatología climatérica moderada, 7.8% presentan conductas de autocuidado eficaz y 92.2% un nivel ineficaz; y del grupo de mujeres con sintomatología climatérica severa, el nivel de conductas de autocuidado eficaz es nulo es decir que el 100% las mujeres del estudio presentaron un nivel de conductas de autocuidado ineficaz. Además se puede observar que del total de 126 mujeres con sintomatología leve el 12.7% presentó un nivel de actividades de autocuidado eficaz y de 127 mujeres con sintomatología moderada y severa solamente 9 mujeres que

equivale al 7.8% tuvo un nivel de conductas de autocuidado eficaz para controlar o mejorar dichos síntomas.

No se encontró relación significativa entre las variables en estudio ya que $p=0.124 > 0.05$. Por tanto se concluye que el reconocimiento de los síntomas climatéricos no necesariamente conduce a la realización de las conductas de autocuidado eficaces recomendadas para controlar o mejorar dichos síntomas y prevenir riesgos futuros lo cual podría fundamentarse en el hecho de que el autocuidado es una actividad voluntaria y que requiere información consistente.

4.2 Prueba de Hipotesis

Hipótesis Principal

Formulación de Hipótesis:

- Ho: No existe relación directa entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.
- Hi: Existe relación directa entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.

Nivel de significancia:

Máximo grado de error que estamos dispuesto aceptar, de haber rechazado la hipótesis nula (Ho).

La significancia o el error tipo I será el valor convencional del 5% ($\alpha=0,05$).

Estadístico de prueba:

La prueba estadística para relacionar variables cualitativas en este estudio fue la Chi-cuadrado.

Lectura del error:

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor $p = 0.124$, el cual es mayor a la significancia planteada.

Tomar decisión:

Debido que el p-valor es mayor al nivel de significancia, nos quedamos con la hipótesis nula (H_0) y no podemos aceptar la hipótesis el investigador (H_i).

Es decir con un máximo error del 5%, podemos afirmar que “No existe relación directa entre la sintomatología climatérica y las conductas de autocuidado en mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina”

Hipótesis Específica 1**Formulación de Hipótesis:**

- H_0 : La sintomatología climatérica somática y las conductas de autocuidado para la dimensión somática no están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina
- H_i : La sintomatología climatérica de tipo somática y las conductas de autocuidado para la dimensión somática están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.

Nivel de significancia:

Máximo grado de error que estamos dispuesto aceptar, de haber rechazado la hipótesis nula (H_0).

La significancia o el error tipo I será el valor convencional del 5% ($\alpha=0,05$).

Estadístico de prueba:

La prueba estadística para relacionar variables cualitativas en este estudio fue la Chi-cuadrado.

Lectura del error:

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor de $p = 0.349$, el cual es mayor a la significancia planteada.

Tomar decisión:

Debido que el p-valor es mayor al nivel de significancia, nos quedamos con la hipótesis nula (H_0) y no podemos aceptar la hipótesis el investigador (H_1).

Es decir con un máximo error del 5%, podemos afirmar que “La sintomatología climatérica de tipo somática y las conductas de autocuidado para la dimensión somática no están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina “.

Hipótesis Específica 2**Formulación de Hipótesis:**

- H_0 : La sintomatología climatérica psicológica y las conductas de autocuidado para la dimensión psicológica no están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.
- H_1 : La sintomatología climatérica de tipo psicológica y las conductas de autocuidado para la dimensión psicológica están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.

Nivel de significancia:

Máximo grado de error que estamos dispuesto aceptar, de haber rechazado la hipótesis nula (H_0).

La significancia o el error tipo I será el valor convencional del 5% ($\alpha=0,05$).

Estadístico de prueba:

La prueba estadística para relacionar variables cualitativas en este estudio fue la Chi-cuadrado.

Lectura del error:

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un p-valor $< 0,01$, el cual es inferior a la significancia planteada.

Tomar decisión:

Debido que el p-valor es menor al nivel de significancia, rechazamos la hipótesis nula (H_0) y aceptamos la hipótesis el investigador (H_i).

Es decir con un máximo error del 5%, podemos afirmar que “La sintomatología climatérica de tipo psicológica y las conductas de autocuidado para la dimensión psicológica están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina”.

Hipótesis Específica 3**Formulación de Hipótesis:**

- H_0 : La sintomatología climatérica cognitiva y las conductas de autocuidado para la dimensión cognitiva no están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina
- H_i : La sintomatología climatérica de tipo cognitiva y las conductas de autocuidado para la dimensión cognitiva están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.

Nivel de significancia:

Máximo grado de error que estamos dispuesto aceptar, de haber rechazado la hipótesis nula (H_0).

La significancia o el error tipo I será el valor convencional del 5% ($\alpha=0,05$).

Estadístico de prueba:

La prueba estadística para relacionar variables cualitativas en este estudio fue la Chi-cuadrado.

Lectura del error:

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor de $p = 0.726$, el cual es mayor a la significancia planteada.

Tomar decisión:

Debido que el p-valor es mayor al nivel de significancia, nos quedamos con la hipótesis nula (H_0) y no podemos aceptar la hipótesis del investigador (H_1). Es decir con un máximo error del 5%, podemos afirmar que “La sintomatología climatérica de tipo cognitiva y las conductas de autocuidado para la dimensión cognitiva no están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina”.

Hipótesis Específica 4**Formulación de Hipótesis:**

- H_0 : La sintomatología climatérica sexual y las conductas de autocuidado para la dimensión sexual no están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina
- H_1 : La sintomatología climatérica de tipo sexual y las conductas de autocuidado para la dimensión sexual están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina.

Nivel de significancia:

Máximo grado de error que estamos dispuestos a aceptar, de haber rechazado la hipótesis nula (H_0).

La significancia o el error tipo I será el valor convencional del 5% ($\alpha=0,05$).

Estadístico de prueba:

La prueba estadística para relacionar variables cualitativas en este estudio fue la Chi-cuadrado.

Lectura del error:

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor de $p = 0.071$, el cual es mayor a la significancia planteada.

Tomar decisión:

Debido que el p-valor es mayor al nivel de significancia, nos quedamos con la hipótesis nula (H_0) y no podemos aceptar la hipótesis el investigador (H_1).

Es decir con un máximo error del 5%, podemos afirmar que “La sintomatología climatérica de tipo sexual y las conductas de autocuidado para la dimensión sexual no están directamente relacionadas en las mujeres atendidas en el Hospital Marino Molina “.

4.3. Discusión

Se estudiaron a 263 mujeres de 40 a 59 años, entre las cuales destacaron las siguientes características: el grupo mayor correspondió al de las mujeres de 47 a 53 años con el 46%, predominaron las mujeres con educación secundaria con el 45.2%, el 79% tenían pareja, el 57 % de ellas tenían un trabajo remunerado, el 54% habían nacido en Lima Metropolitana y las mayoría de ellas eran post menopáusicas representando el 46.8%. (**Cuadro 1 y gráficos 1A, 1B,1C,1D,1E Y 1 F**)

En lo que se refiere al nivel de sintomatología climatérica en el estudio (Cuadro y gráfico 10), se encontró que predominó la sintomatología leve con el 47.9% sin embargo sumados los niveles moderado a severo alcanzan hasta el 52.1% es decir que todas las mujeres presentaron sintomatología, estos resultados son muy parecidos a los encontrados por Barrientos y Casas los cuales en el año 2013 encontraron que un 91.9% de los informantes refirió presentar sintomatología leve, moderada o severa, con un ligero predominio de la sintomatología moderada, excepto en la dimensión urogenital. En el estudio de Escobar en el 2015 encontró un predominio de la sintomatología leve en las tres dimensiones: somática, psicológica y urogenital. En un estudio nacional realizado por Cornejo en 2014 encontró que el nivel de la

sintomatología era leve en un 20%, moderado en 48% e intenso en un 31 %, finalmente en el trabajo realizado por Gutiérrez en el 2011 encontró que el nivel predominante para la sintomatología climatérica fue el leve en las tres dimensiones en estudio, casi el total de los estudios mencionados usaron la Escala Climatérica para la evaluación de los síntomas.

Los síntomas que destacan en este estudio en la dimensión somática de acuerdo al Figura 2. fueron los dolores articulares y musculares con el 86.7 %, seguido de los problemas de lubricación vaginal con el 66 %, en la dimensión psicológica destacó la depresión con el 71.1%, en la dimensión cognitiva destacaron los problemas de memoria con el 71.1% y en la dimensión sexual destacó el menor deseo sexual con el 54.3 %. (Barrientos y Casas, 2013 en Chile, reportan igualmente las molestias articulares y musculares en primer lugar con el 16.1%, el cansancio físico y mental con el 14.5% y la ansiedad con el 11.3%. Escobar en su estudio en el 2015 en Ecuador, encontró que la dimensión más afectada era la urogenital en la que los síntomas más frecuentes fueron los problemas sexuales con intensidad severa (40%) y los problemas de vejiga con intensidad leve 38%.

En el estudio de López en el 2010 en Chile, la frecuencia de la sintomatología climatérica se presentó elevada, sin grandes diferencias entre los dos grupos evaluados, afectando en un 99.4 % al grupo pre menopáusico y en 98.9 % al post menopáusico, entre los síntomas más frecuentes destacan las molestias musculares y articulares con 80.1 % en mujeres pre menopáusicas y 85.3% en post menopáusicas, seguidas de cansancio físico y mental (76.2% y 81.5% respectivamente), En el 2012 Couto y Nápoles realizaron un estudio en Cuba, en el que encontraron que el tipo de menopausia influía directamente en la severidad del síndrome climatérico, en la menopausia artificial, los síntomas fueron muy molestos para 69.1% seguido del síndrome climatérico moderado en la post menopausia natural (67.1%) y en la peri menopausia (52.4%), con respecto a los síntomas predominantes, los sofocos representaron la manifestación clínica prevalente en estas mujeres (88.2%, entre los síntomas psicológicos, con predominio de la depresión 84.7% y el insomnio con el 78%, otro resultado que destacó fue la disminución del deseo sexual en 36% de las

afectadas y en relación a los síntomas generales predominó el dolor osteo articular con el 80.3%, también se observó un predominio de la autoestima baja por defecto en 56% de las mujeres y en el 63.9% de mujeres con recarga familiar.

Rojas Jaimes y colaboradores en el 2013 reportaron a los síntomas vasomotores como la principal característica clínica del síndrome climatérico, se presentan en la mayoría de pacientes y tienen implicancias socioculturales y laborales, los autores indicaron que en un estudio en 8,373 mujeres entre 40 a 59 años de 12 países de América Latina, el 49% eran post menopaúsicas y 15% utilizaban terapia hormonal, el empleo de la Escala de puntuación Menopaúsica demostró que el 55% de las mujeres presentaban síntomas vasomotores de cualquier grado y el 9% presentó síntomas de intensidad severa.

En el ámbito nacional Cornejo, 2014 encontró que el síntoma más frecuente fue la labilidad emocional dentro de la dimensión psicológica con intensidad moderada, dentro de los síntomas generales los dolores musculares y osteo articulares representan el 55 % con intensidad moderada. Gutiérrez en el 2011 encontró que el síntoma más afectado fueron las molestias musculares y articulares con el 66.6% de leves a moderados, el cansancio físico y mental leve con el 60.8% de leve y moderada y los problemas sexuales 67% presentaron una descripción leve hasta muy severa .Rojas Jaimes y colaboradores en el 2013 reportaron que los síntomas vasomotores la principal característica clínica del síndrome climatérico.

En lo que se refiere al nivel general de conductas de autocuidado en la muestra de estudio, el 90.5 % que equivalen a 238 mujeres presentan un nivel ineficaz, es decir que no realizan las conductas de autocuidado recomendadas para atenuar o controlar la sintomatología climatérica y solamente 25 mujeres que representan el 9.5 % realizan esas actividades. (Figura 19)

Barrientos y Casas en el año 2013 encontraron que las mujeres de su estudio en general realizaban suficientes prácticas de autocuidado para disminuir en cierta forma la sintomatología climatérica. Escobar en el año 2015 encontró que las

mujeres realizaban en su mayoría estilos de vida saludables entre ellas no fumaban el 91.9% y no consumían alcohol el 91.4% y sin embargo en contraste el 90 % no realizaba ejercicio físico. En un estudio nacional en el 2014 Cornejo encontró que la mayoría de las encuestadas el 81% presentaban un estilo de vida no saludable y solo un 19% con estilo de vida saludable.

Según Barrientos y Casas en 2013 encontraron que al menos el 66.1% de las mujeres consumían alimentos saludables durante la semana es decir más fibra y proteínas, evitaban el alcohol el 64.5% y el tabaco el 71 %, sin embargo existía un déficit en la realización de otras conductas de autocuidado prioritarias como la frecuencia a los controles de salud solo del 25.8% y el 38 % realiza ejercicio físico al menos 1 a 2 veces por semana. En el ámbito nacional Cornejo en el año 2014 encontró que la mayoría de mujeres tenían estilos de vida no saludable respecto a la nutrición el 90% no consume frutas ni lácteos el 72%, respecto a hábitos nocivos como el consumo de comidas rápidas (83%) alcohol (72% y cigarrillos el 64%, respecto de la actividad física el 84% y respecto a la práctica de caminatas el 80%. Medina en el 2013 en Cajamarca en su estudio reportó entre los resultados en las entrevistas al grupo focal que las mujeres climatéricas consumían harina de coca, leche de soya, quinua y maca, predominan las manifestaciones vasomotoras, no evitan las relaciones sexuales 66 %. Los resultados del estudio cuantitativo mostraron actividades de autocuidado siguientes: consumo de hierbas naturales como manzanilla, romero y valeriana. Hábitos de salud: 16.7% se realizaba autoexamen de mamas, el 83 % de mujeres menopáusicas realizaban caminatas, utilizaban terapia de reemplazo hormonal el 25 %, sentían comodidad íntima con su pareja, el 33%, no disfrutaba su sexualidad, actividades de autocuidado en la alimentación, el 33 % consumían productos lácteos, el 41% y verduras y frutas el 5 % y asistencia al médico para controles de salud el 75 %.

Cornejo en su estudio en el 2014 en Lima, encontró que el 84% de las mujeres en estudio tenían estilos de vida no saludables con respecto a las medidas para despejar su mente.

En lo que respecta a la relación entre la sintomatología climatérica psicológica y las conductas de autocuidado que pueden controlarlas o aliviarlas, se puede apreciar en el cuadro y gráfico 13, que en esta investigación el 43.6 % de las mujeres con síntomas leves, moderados e intensos han tenido conductas de autocuidado eficaces, es notorio que esta es la única dimensión en la que existe relación significativa ya que $p=0.006 < 0.05$. Esto quiere decir que las mujeres realizan las actividades de autocuidado recomendadas para controlar o mejorar los síntomas psicológicos. En un estudio nacional Cornejo en el año 2014 encontró que en la dimensión de autoestima, las mujeres tenían estilos de vida no saludables con respecto a sus tres indicadores: sentirse apreciada por los demás 71%, sentirse importante 59% y cuidados en su apariencia personal 39%.

En cuanto a la relación entre las sintomatología sexual y su relación con las conductas de autocuidado para esa dimensión la que se puede apreciar en el cuadro y gráfica No.15, en nuestro estudio hemos encontrado que entre las 86 mujeres con sintomatología leve 26 de ellas (30.2%) realizaron actividades de autocuidado para los síntomas y que entre las 126 mujeres con sintomatología moderada y severa solo 19 tuvieron un nivel de conductas de autocuidado eficaz esto equivale al 15%. Igualmente no se encontró relación significativa entre estas variables al ser $p=0.071 > 0.05$.

Barrientos y Casas en el año 2013, encontraron que las prácticas de autocuidado en la dimensión control de salud, en sus indicadores control ginecológico el 79% tuvo conductas de autocuidado eficaces y en regulación de la fecundidad el 37.1 de las mujeres en estudio usaban algún método de anticoncepción. A nivel nacional Cornejo en el año 2014 indicó que la comunicación con la pareja el 76% de las mujeres del estudio tenía estilos de vida no saludables.

En cuadro y gráfica 24 del presente estudio, podemos observar que del grupo de mujeres con sintomatología climatérica leve, 12.7% presentan conductas de autocuidado eficaces y 87.3% ineficaces; del grupo de pacientes con sintomatología climatérica moderada, 7.8% presentan conductas de autocuidado eficaces y 92.2%

ineficaces; y del grupo de pacientes con sintomatología climatérica severa, 0.0% presentan conductas de autocuidado eficaces y 100.0% ineficaces. También podemos comentar que en nuestra investigación del total de 126 mujeres con sintomatología leve el 12.7% realizó actividades de autocuidado eficaces y de 127 mujeres con sintomatología moderada y severa solamente 9 mujeres que equivale al 7.8% tuvo un nivel de conductas de autocuidado eficaz para controlar o mejorar dichos síntomas. No se encontró relación significativa entre las variables en estudio ya que $p=0.124 >0.05$. Por tanto concluiremos que el reconocimiento de los síntomas climatéricos no necesariamente conduce a la realización de las conductas de autocuidado eficaces recomendadas para controlar o mejorar dichos síntomas y prevenir riesgos futuros lo cual podría fundamentarse en el hecho de que el autocuidado es una actividad voluntaria y que requiere información consistente.

A nivel nacional Cornejo en su estudio del 2014, encontró de manera muy semejante que del total de 81 mujeres con estilos de vida no saludables 4 tenían síntomas muy leves o leves y que 77 de ellas tenían síntomas moderados o severos. Lo que sucede es que en el caso de Cornejo ella trató de explicar que los estilos de vida no saludables se relacionaban directamente con la intensidad de la sintomatología climatérica. En esta investigación se planteó que en la medida en que la mujer climatérica identifique o reconozca los síntomas buscará información, atención de salud y realizará las conductas de autocuidado para controlar o mejorar dichos síntomas, pensando en la premisa de que no nos acercamos a los establecimientos de salud cuando estamos sanos.

La hipótesis propuesta que afirmaba que las mujeres de 40 a 59 años en las diferentes etapas del climaterio realizan conductas de autocuidado relacionadas directamente con la sintomatología climatérica y que éstas se incrementan en la medida en que se presentan en mayor número e intensidad, fue rechazada para aceptar la hipótesis nula que dice que no existe relación significativa entre las variables en estudio, por lo tanto se puede concluir que el reconocimiento de los síntomas climatéricos no necesariamente conduce a la realización de conductas de autocuidado para aliviar dichos síntomas o para prevenir futuros riesgos, lo cual puede fundamentarse en el

hecho de que el autocuidado es una conducta voluntaria y que además requiere de conocimiento e información previos de la sintomatología y cambios propios de la etapa. Lo cual podría explicar que las mujeres no realicen esas conductas o las posterguen. Las pruebas de hipótesis general y específicas pueden verse en detalle en el subtítulo anterior 4.2.

CONCLUSIONES

1. Los resultados mostraron que no existe relación significativa entre las dos variables, por tanto la realización de las conductas de autocuidado adoptadas son similares en los grupos de mujeres con diferentes niveles de sintomatología climatérica.
2. En cuanto a la relación entre las dimensiones y sus indicadores de las variables en estudio, igualmente las pruebas de significancia estadística no mostraron relación significativa. Esto quiere decir que las actividades o conductas (reacciones) no corresponden necesariamente con los síntomas(estímulos)
3. En la sintomatología climatérica en el estudio destacaron los dolores articulares y musculares en el 86.7% de las mujeres, seguidas de las que presentaron problemas de lubricación vaginal con el 66.2 % y el 65.4% presentan bochornos. El nivel de sintomatología leve es el más elevado con el 50.2% aunque la suma de las mujeres de sintomatología moderada y severa se acercan mucho con el 49.8%.
4. En cuanto al nivel de conductas de autocuidado cabe resaltar que solo el 9.5% de las mujeres presentan un nivel eficaz y el 90.5% presentan un nivel ineficaz.
5. La hipótesis general propuesta por la investigadora tuvo que ser rechazada para aceptar la hipótesis nula, que dice que no existe relación significativa entre las variables en estudio, por lo tanto se puede concluir que el reconocimiento de los síntomas climatéricos no necesariamente conduce a la realización de conductas de autocuidado para aliviar dichos síntomas o para prevenir futuros riesgos, lo cual se fundamenta en que la conducta humana resulta de la interacción de múltiples factores y explique que las mujeres no realicen esas conductas o las posterguen aún cuando sean necesarias.

RECOMENDACIONES

1. Entendido el rol del autocuidado en la atención primaria , es necesario potenciar el primer nivel de atención con actividades diferenciadas para las mujeres climatéricas. No obstante esto no significa que no se realice en los niveles de atención de salud de mayor complejidad, en los que con mayor razón hay mujeres climatéricas con factores de riesgo y enfermedades crónicas o médicas intercurrentes.
2. Dado a que el autocuidado es un acto de vida, se proponen la realización de consejerías de climaterio en todos los niveles de atención, éstas se podrían realizar direccionándolas de acuerdo a las necesidades e intereses individuales con el objetivo de lograr la decisión voluntaria de cambio.
3. Como la practica del autocuidado implica cierto grado de conocimientos , se proponen la realización de talleres educativos grupales los cuales podrían adecuarse a la realidad de cada centro asistencial. Las actividades propuestas para los Hospitales de mayor complejidad, podrían incluir la referencia obligatoria de las mujeres climatéricas de todas las especialidades a las actividades educativas.
4. Mejorar las estrategias para establecer contacto con el mayor número posible de mujeres en edad de climaterio en todos los establecimientos especialmente en el nivel primario. Preparar materiales para la difusión, información y propaganda de los programas para las mujeres climatéricas.
5. Mantener y mejorar el actual programa educativo dirigido a las mujeres en edad de climaterio en el Hospital Marino Molina, a cargo de mis colegas obstetras en el que tuve oportunidad de participar , este programa también fue una motivación para la realización de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aedo S, Porcile A, Irribarra C.(2006) Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables; 71:402-409
2. Alvarado –García Alberto, Hernández-Quijano, Tomàs, Hernández- Valencia Marcelino, Negròn-Perez Miriam, Rios-Castillo Brendha, Urbano Valencia-Perez Gegorio, Vital –Reyes Victor, Basavilvaso-Rodríguez María, Torres-Arriola Laura, Ortiz-Luna Guillermo, Sánchez-Aguirre Fernando, Montaña-Uscanga Armando (2015). Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la postmenopausia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53 (2):214-225
3. Ambrojo Sánchez, Raquel (2012) *Cuidados a la mujer en el climaterio*. España. Comunidad autónoma de Madrid. Oposiciones de enfermería .tema 35. Manual CTO editorial
4. Ammon- Pinizzotto Center for Women’s Mental Health (2016). Menopausal symptoms. Disponible en:
<https://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/menopausal-symptoms/>
5. Barrientos Carrasco Camila, Casas Cordero- Pérez, Karla (2013). *Prácticas de autocuidado en salud y conocimientos que tienen las mujeres de 40 a 44 años para enfrentar el periodo menopáusico en la Comuna La Unión* Tesis para optar el título de Matrona. Universidad Austral de Chile
6. BERLIN CENTER FOR EPIDEMIOLOGY AND HEALTH RESEARCH. EVALUATION AND REFERENCE VALUES. MRS- THE MENOPAUSE RATING SCALE. 2008 Disponible en: www.menopause-rating-scale.info/evaluation.htm
7. Cornejo Cari, Vanesa (2014). *Relación de los estilos de vida y los síntomas climatéricos en mujeres menopáusicas atendidas en el hospital de San Juan de Lurigancho*. Lima Perú. Tesis para optar título profesional en Obstetricia.
8. Couto Núñez, Dayana y Nápoles Méndez, Danilo (2012). *Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social*. Hospital General Docente “Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba. Cuba Medisan, 16 (8)

9. Decherney H, Nathan Lauren, Lautfer N, Roman A. (2013). Diagnòstico y tratamiento Gineco Obstétricos. 11ava Ediciòn. Mexico. Editorial Mc Graw Hill Education.
10. De Villiers T, Pines A. Panay N, Gambacciani M, Archer D. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climateric* 2013(16): 316-337
11. Effective Health Care Program: Menopausal Symptoms: Comparative Effectiveness of Therapies AHRQ Pub. No. 15-EHC005-1-EF March 2015. Disponible:
<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/353/2052/menopausal-executive-150304.pdf>
12. Escobar Acosta, Lilian (2015). *Factores socio demogràficos y calidad de vida según la escala de puntuación menopàusica en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al sub centro de salud de Huachi Chico Cantón Ambato Ecuador*. Tesis para optar título Médico Cirujano.
13. Gonzales Hinojosa Roberto y López Santana Laura (2014) *Pierre Hadot: el cuidado de sí y la mayeútica socrática como ejercicio espiritual*. México. CIENCIA ergo-sum 23(1):26-34
14. Gonzales Merlo, J, Gonzales Bosquet, E.(2014). *Ginecología*. 9na ed. España. Elsevier Masson.
15. Greene J.G (1998). *Constructing a standard climateric scale*. *Maturitas* , 20:25-31
16. Gutiérrez Crespo, Hugo. Evaluaciòn de la calidad de vida de la mujer durante el climaterio en la clínica Centenario Peruano Japonesa. Lima 2011 Tesis para optar Grado de Magister.
17. Heinemann L, Potthoff, P. Scheneider HP.(2003) *International versions of The menopause rating scale MRS*. *Health Qual Life Outcomes*; 1:28-34
18. Heriliam (2012) *Sobre el cuidado de sí. Ideas filosóficas*. Disponible en <http://ideas-filosóficas.over-blog.es/article-sobre-el-cuidado-de-si-98671396.html>

19. Hilditch Jr, Lewis J, Peter A. Et al(1996). *A Menopause specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties*. *Maturitas*, 24:161-175
20. Hoffman Bárbara y Shorge John (2014). *Williams ginecología*. México. 2da. Ed. México .McGraw Hill Interamericana Editores
21. INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY. IMS. *Recomendaciones actualizadas sobre TRH y estrategias preventivas para la salud en la mediana edad*. Disponible en: www.imsociety.org. Visitado el 10 de enero del 2016
22. INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY. IMS (2015). What comes to mind: Menopause and the ageing brain. Disponible en : www.imsociety.org/manage/images/pdf/915150a734c1085c039f298bd993aaf4.pdf
23. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2013). *Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y post menopausia*. Centro Nacional de excelencia tecnológica en salud. CENETEC. 100 pp.
24. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. INEI (2014). *Encuesta Demográfica Familiar Perú ENDES 2014*. Pág. 138
25. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. INEI (2014). *Estado de la población peruana*. Pág. 8,32,34
26. Lobo R, Davis S, De Villiers T, Gompel A, Henderson V. *Climateric* 2014(17): 540-556
27. López A, Fanny, Soares De Lorenzi, Dino - D'Andretta Tanaka, Ana (2010). Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la menopause rating scale (MRS) *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75 (6) Pág. 375-382.
28. López Barrientos, Erika (2014). Intensidad del síndrome climatérico y la calidad de vida de las mujeres atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho 2014”, Lima. Perú. Tesis para optar el Título Profesional.
29. Mamede Marli Villela, Spano nakano Ana , Marines Josè V, Hilfinger Messias, De Anne.(1991). Respuestas de autocuidado en mujeres brasileñas en perimenopausia estudio piloto. *Revista brasileira de enfermagem* , 44 (2-3):26-30

30. Matzumura Kasano Juan, Gutiérrez cresco, Hugo (2011). Masa corporal, alimentación y ejercicio durante el climaterio. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería* , 7 (1)
31. Medina Fenco Verónica (2013). *Vivencias y conductas de autocuidado durante la etapa de climaterio y menopausia. Hospital Regional de Cajamarca.* Perú. Tesis de licenciatura en Obstetricia.
32. MINSA. MINISTERIO DE SALUD (2011). ¿Cómo autocuidarse? *Disponible en www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/adulto/materiales/rotafolio.pdf.*
33. MINSA. MINISTERIO DE SALUD (2016). Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Funciones de la Dirección Sexual y Reproductiva. Artículo 78
34. MINSAL. MINISTERIO DE SALUD. GOBIERNO DE CHILE (2014). *Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad de climaterio en el nivel primario de la red de salud.* APS.1era. ed.
35. NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY SURVEY. Use of compounded hormone therapy in the United States. *Menopause: The journal of the North American Menopause Society* 2015(22)12
36. NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. *Menopause. The journal of the North American Menopause Society* 2015(22) 11
37. OFICINA DE ESTADISTICA. HOSPITAL MARINO MOLINA. Enero 2016. *Consultantes consulta externa en Ginecología y demanda de consultas.*
38. OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA. RED ASISTENCIAL SABOGAL. HOSPITAL ALBERTO SABOGAL. Setiembre 2015. *Pirámide poblacional*
39. Oporto Flores Sebastián (2015) *El cuidado de sí mismo, una forma vista como resistencia.* Chile Universidad de Chile. Informe de seminario para optar el grado de Licenciado en Filosofía.
40. OREM Dorothea (1993). *Déficit del autocuidado. modelo de Orem conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona. Ediciones científicas y técnicas. Pág. 194-196
41. Oyanguren, Rocío (2011). *Dichosas.* 14 mujeres exitosas hablan sin tabú sobre la menopausia. Lima Perú. Grupo Editorial Mesa Redonda

42. Palacios Santiago, Ferrer – Barrientos, Javier. Parrilla Juan José et al (2004). Calidad de vida relacionada con la salud de la mujer española durante la perimenopausia y post menopausia. Desarrollo y validación de la escala Cervantes. *Revista Medicina Clínica*, 122 (6): 205-211
43. Paredes Pérez, Napoleón (2013). Beneficio del ejercicio aeróbico sobre los síntomas vasomotores de pacientes postmenopáusicas. *Horizonte Médico*; 13 (3):15-24.
44. Pomares, Raquel. Menopausia: *Actividad física en la menopausia*. Publicado el 10 junio 2013. Disponible en <http://menopausia.euroresidentes.com/2013/06/actividad-fisica-en-la-menopausia.html>
45. Quevedo Porras, Patricia (2012). *Calidad de vida y su relación con la percepción de LA salud en la mujer post menopáusica en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa*. Tacna Perú. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano.
46. Rojas Jaimes José, Olavide Proaño Ricardo, Pacora Peralta Percy (2013 Junio). Atención del climaterio y menopausia en la mujer peruana. *Diagnóstico*, 52 (2)
47. Salvador Jorge (2012) consultado en http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf. Pág. 77
48. Santisteban Alba, Stalina (2011). Atención integral a las mujeres en edad mediana. La Habana Cuba. *Revista Ginecología* , 37 (2)
49. Santoro Nanette y Skaznik- Wikel Malgorzata (2014). Management of mood and memory problems during Menopause. Consultado en: <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/contemporary-obgyn/RC/management-mood-and-memory-problems-during-menopause?page=full>
50. Shifren, Jan y Margery Gass. (2014). The North American Menopause Society Recommendations for Clinical Care of Midlife Women. *Menopause*, 21 (10) 10 pp

51. Storch, Eduardo (2011). Menopausia, síntomas, tratamientos y recomendaciones. *Boletín de divulgación científica para la educación de la salud*. Pág. 1-5. Montevideo- Uruguay
52. Testa Roberto (2012). Ginecología. 1era reimpresión de la 1era. Ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
53. Tobòn Correa Ofelia (s,f) El autocuidado, una habilidad para vivir.Colombia. Universidad de Caldas. Disponible en www.alcoholinformate.com.mx/AUTOCAUIDADO.pdf
54. Vargas Wiliam (2013)*El problema de la muerte en el estoicismo romano:Epícteto, Séneca y Marco Aurelio*. España. REVISTA GPU 9(2):173-177
55. Velentzis Louiza, Banks Emily, Citas Freddy, Tai Hooi Eng, Salagame Usha (2016). Uso de Terapia Hormonal y Terapia Hormonal Bioidèntica en mujeres australianas de 50 a 69 años.
56. Vivar Betancor, Leticia (2014). El ejercicio físico en el proceso de climaterio, menopausia y andropausia. *Ef deportes, Revista digital. Año 19 191:1-5*. Buenos Aires. Disponible en www.ef.deportes.com/efd191/el-ejrcicio-fisico-climaterio-menopausia.htm
57. Voda, Ann. Menopausia: Manual para mujeres (1988). Educación para el autocuidado en salud. Santiago de Chile. *Pontificia Universidad Católica de Chile, 5 (4)*
58. Zamora Zarango Jenny (2012). *Cambios menopáusicos en mujeres atendidas en el hospital Sergio Bernales*. Lima Perú. Tesis de Maestría.

ANEXOS

**“SINTOMATOLOGIA CLIMATERICA Y SU RELACION CON LAS
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL MARINO MOLINA 2016”**

I. Marcar con una " X " los siguientes datos:

1. EDAD		*
2. NIVEL DE EDUCACION	Sin estudios	
	Primaria	
	Secundaria	
	superior técnico	
	superior Universitaria	
3. ESTADO CONYUGAL	Con pareja	
	Sin pareja	
4. TRABAJO	Remunerado	
	Ama de casa	
5. LUGAR NACIMIENTO	Lima Metropolitana	
	Callao	
	Otras provincias	
6. FECHA DE ULTIMA REGLA	Regular(todos los meses)	
	Muy irregular (cada 2 o 3 meses)	
	Hace más de un año	

II ¿Cuál de los siguientes síntomas sufre en la actualidad y con qué intensidad?

Marque con una X la casilla de cada uno de los 13 síntomas. Marque "sin síntomas" sino sufre el síntoma.

SINTOMAS	SINTOM	LEVE	MODERA	DO	INTENSA	MUY	INTENSA
DIMENSIÓN SOMÀTICA							
¿Sientes bochornos?							
¿Sientes molestias cardiacas?							
¿Sientes dolores articulares y musculares?							
¿Tienes problemas para dormir?							
¿Tienes problemas de escapes de orina?							
¿Tienes problemas de lubricación vaginal?							
DIMENSION PSICOLOGICA							
¿Te sientes deprimida?							
¿Te sientes irritable?							
¿Te sientes nerviosa?							
DIMENSION COGNITIVA							
¿Tienes dificultades en el aprendizaje y en la concentración?							
¿Tienes problemas con la memoria?							
DIMENSION SEXUAL							
¿Sientes menor deseo sexual?							
¿Tienes menor satisfacción sexual?							

II. A continuación presentamos algunas actividades para el cuidado de tu salud. Marca con una "X" Si realizas o no realizas cada actividad.

Nº	ACTIVIDADES	Si	No
	AUTOCUIDADOS PARA LA DIMENSION SOMATICA		
1	¿Evitas lugares calurosos y con aglomeración de gente?		
2	¿Aplicas alguna técnica de relajación y respiración para controlar el estrés?		
3	¿Sales a correr regularmente?		
4	¿Has cambiado tu dieta a una mejor para la edad?		
5	¿Practicas gimnasia, yoga o danza?		
6	¿Estas controlando tu peso periódicamente?		
7	¿Evitas resolver situaciones difíciles?		
8	¿Estas descansando las horas suficientes?		
9	¿Evitas el tabaco y las bebidas alcohólicas?		
10	¿Realizas ejercicios de contracción vaginal regularmente?		
11	¿Usas lubricantes vaginales durante las relaciones sexuales?		
12	¿Estas usando cremas vaginales con hormonas?		
	AUTOCUIDADOS PARA LA DIMENSION PSICOLOGICA		
13	¿Te sientes bien en esta nueva etapa en tu vida?		
14	¿Te sientes satisfecha contigo misma?		
15	¿Conoces los conceptos de menopausia y climaterio?		
16	¿Conoces los cambios climatéricos y los síntomas?		
17	¿Aplicas alguna técnica de autocontrol?		
18	¿Has buscado apoyo psicológico?		
	AUTOCUIDADOS PARA LA DIMENSION COGNITIVA		
19	¿Estas aprendiendo algo nuevo por ti misma?		
20	¿Realizas algún registro de tus actividades diarias para no olvidarlas?		
21	¿Realizas alguna actividad de distracción regularmente?		
22	¿Estás estudiando en la actualidad?		
23	¿Planificas tus actividades anticipadamente?		
	AUTOCUIDADOS PARA LA DIMENSIÓN SEXUAL		
24	¿Conoces como es la sexualidad de la mujer en el climaterio?		
25	¿Conoces cuáles son los cambios en la sexualidad masculina después de los 50 años?		
26	¿Realizas consultas y evaluación ginecológica periódicamente?		
27	¿Usas algún método anticonceptivo?		
28	¿Has confiado a tu pareja tus temores e inquietudes sexuales?		
29	¿Te mantienes sexualmente activa?		
30	¿Has realizado algún cambio para mejorar tu vida sexual?		

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACION: “SINTOMATOLOGIA CLIMATERICA Y SU RELACION CON LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARINO MOLINA”

INVESTIGADORA PRINCIPAL: RUTH MORAN RELAIZA, obstetra, egresada de estudios de post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Es conocer cómo se relacionan la sintomatología del climaterio y las conductas de autocuidado, es decir las actividades que las mujeres climatéricas realizan para cuidar de su propia salud.

CONFIDENCIALIDAD DEL ESTUDIO: Está garantizada, sus respuestas serán usadas solamente para la realización de la investigación.

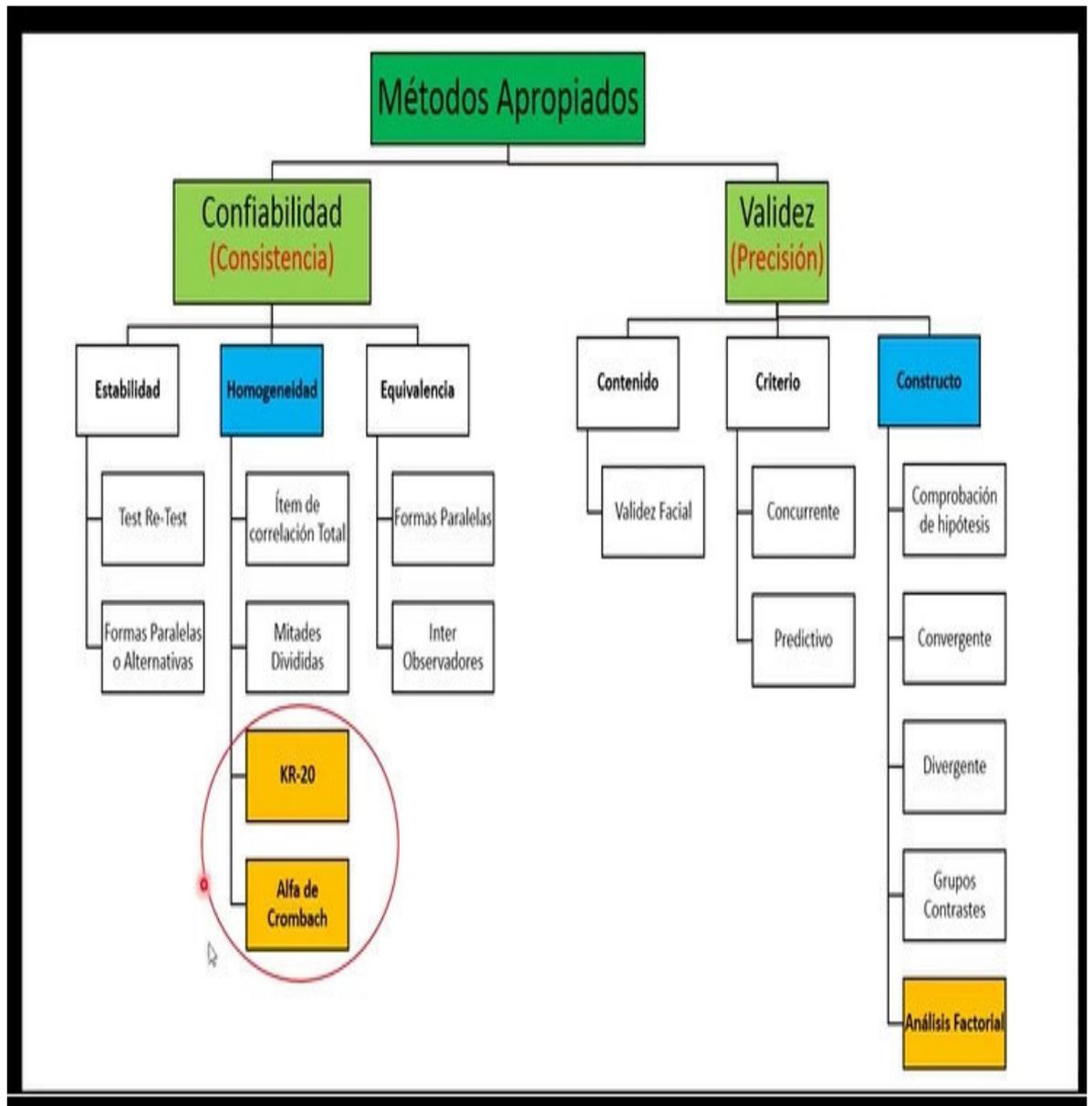
PARTICIPACION VOLUNTARIA: Su participación es libre y consiste en responder al cuestionario que se le presentará a continuación, le solicitamos que conteste todas las preguntas.

AGRADECEMOS MUCHO SU PARTICIPACION EN ESTA INVESTIGACION

Comas, / /2016

PARTICIPANTE (NOMBRE COMPLETO)	EDAD	No. DNI	FIRMA

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS



SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA - BASE DE DATOS

	FICHA	SOMAT1	SOMAT2	SOMAT3	SOMAT4	SOMAT5	SOMAT6	PSIC7	PSIC8	PSIC9	COGNI10	COGNI11	SEXUAL12	SEXUAL13
1	1	0	0	2	2	0	0	4	0	0	4	2	1	1
2	2	0	1	1	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0
3	3	0	0	2	4	1	0	2	3	4	2	0	0	0
4	4	1	1	1	1	0	0	1	2	2	1	1	0	0
5	5	1	1	3	0	2	2	1	0	0	1	1	2	2
6	6	2	2	1	0	0	2	3	3	1	2	3	3	3
7	7	0	1	1	0	3	2	0	1	2	3	0	2	3
8	8	1	0	3	0	1	3	1	1	1	2	1	3	3
9	9	0	1	3	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1
10	10	0	0	2	2	1	1	1	1	1	0	0	3	3
11	11	1	1	2	0	1	2	0	0	1	1	1	2	2
12	12	0	1	3	1	1	2	1	0	1	1	0	2	0
13	13	3	0	2	2	0	2	1	3	3	3	2	1	2
14	14	2	2	2	0	1	0	3	1	1	3	3	2	0
15	15	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
16	16	1	0	1	0	1	3	1	1	1	0	1	3	1
17	17	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0
18	18	1	1	2	3	0	2	1	1	3	1	1	0	1
19	19	3	2	3	1	1	3	2	2	2	1	1	2	2
20	20	3	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
21	21	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
22	22	0	0	1	0	1	2	3	0	1	1	0	0	1
23	23	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
24	24	1	2	3	3	0	1	3	2	2	2	2	3	2
25	25	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4

En el SPSS se aplica en Análisis de Fiabilidad, aplicando el estadístico Alfa de Cronbach, dado que las variables son politómicas (5 valores como respuestas)
El resultado de una prueba piloto aplicado a 25 pacientes climatéricas fue:

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	25	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	25	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,740	13

Conclusión: Dado que el valor del Alfa de Cronbach (0.740) es mayor de 0.60, el instrumento de sintomatología climatérica es confiable.

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO - BASE DE DATOS

	FICHA	A	A	A	A	A	A	A	AS10	AS11	AS12	AP13	AP14	AP15	AP16	AP17	AP18	AC19	AC20	AC21	AC22	AC23	AX24	AX25	AX26	AX27	AX28	AX29	AX30	
1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
2	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
4	4	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	
5	5	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	
6	6	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	
7	7	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	
8	8	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	
9	9	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	
10	10	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	
11	11	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1
12	12	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
13	13	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	
14	14	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	
15	15	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
16	16	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	
17	17	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
18	18	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
19	19	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
20	20	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
21	21	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0
22	22	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0
23	23	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1
24	24	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
25	25	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0

En el SPSS se aplica en Análisis de Fiabilidad, aplicando el Coeficiente de Correlación Intraclase (Kuder – Richardson), dado que las variables son dicotómicas (2 valores como respuestas)

El resultado de una prueba piloto aplicado a 25 pacientes climatéricas sobre Conductas de Autocuidado fue:

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	25	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	25	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,646	,638	30

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	,057 ^b	,023	,130	2,821	24	696	,000
Medidas promedio	,646 ^c	,411	,818	2,821	24	696	,000

Modelo de efectos mixtos de dos factores en el que los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

a. Coeficientes de correlación intraclase de tipo C utilizando una definición de coherencia, la varianza inter-medidas se excluye de la varianza del denominador.

b. El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.

c. Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera no es estimable.

Conclusión: Dado que el valor del Coeficiente de Correlación Intraclase (0.646) es mayor de 0.60, el instrumento de conductas de autocuidado es confiable.

JUICIO DE EXPERTOS**TABLA BINOMIAL****Instrumento: Sintomatología Climatérica**

ITEM N°	JUECES EXPERTOS					PROMEDIO
	EXP1	EXP2	EXP3	EXP4	EXP5	
1	1	1	1	1	1	1,00
2	1	1	1	1	1	1,00
3	1	1	1	1	1	1,00
4	1	1	1	1	1	1,00
5	1	1	1	1	1	1,00
6	1	1	1	1	1	1,00
7	1	1	1	1	1	1,00
8	1	1	1	1	1	1,00
9	1	1	1	1	1	1,00
10	1	1	1	1	1	1,00
11	1	1	1	1	1	1,00
12	1	1	1	1	1	1,00
13	1	1	1	1	1	1,00
PROMEDIO	1	1	1	1	1	1,00
DESV. ST.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Instrumento: Conductas de Autocuidado

ITEM N°	JUECES EXPERTOS					PROMEDIO
	EXP1	EXP2	EXP3	EXP4	EXP5	
1	1	1	1	1	1	1,00
2	1	1	1	1	1	1,00
3	1	1	1	1	1	1,00
4	1	1	1	1	1	1,00
5	1	1	1	1	1	1,00
6	1	1	1	1	1	1,00
7	0	1	1	1	1	0,80
8	1	1	1	1	1	1,00
9	1	1	1	1	1	1,00
10	1	1	1	1	1	1,00
11	1	1	1	1	1	1,00
12	1	1	1	1	1	1,00
13	1	1	1	1	1	1,00
PROMEDIO	0,92307692	1	1	1	1	0,985
DESV. ST.	0,277	0,000	0,000	0,000	0,000	0,055

Díptico validado con la opinión de Especialistas en el tema:

Juez N° 01: Dra. Elena Calle Texeira Teléfono: 4359378

Juez N° 02: Dr. Juan Matzumura Kasano Celular 999008897

Juez N° 03: Dra. Eliana Ojeda Lazo Celular 984650451

Juez N° 04: Dr. Eduardo Cáceres Chu Teléfono: 4338978

Juez N° 05: Mg. Félix Ayala Peralta Celular 999227657

Dado a que el valor promedio obtenido de la evaluación del instrumento "Síntomatología Climatérica" es de 1.00 (100.0%), se considera un instrumento válido porque supera el límite permisible de 0,65 (65%)

Dado a que el valor promedio obtenido de la evaluación del instrumento "Conductas de Autocuidado" es de 0.985 (98.5%), se considera un instrumento válido porque supera el límite permisible de 0,65 (65%)