

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL EN MUJERES EN  
ETAPA DEL CLIMATERIO QUE SE ATIENDEN EN  
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA, 2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Jackelin Evelin Quispe Supo

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL EN MUJERES EN ETAPA  
DEL CLIMATERIO QUE SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL**

**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

**BACH. JACKELIN EVELIN QUISPE SUPO**

**Para optar el Título Profesional de:**


**LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:

  
-----  
**Dra. Maria Dalila Safas de Cornejo**  
**Presidenta**

  
-----  
**Mgr. Nérida Pérez Cabanillas**  
**Miembro**

  
-----  
**Mgr. Juana Barreda Grados**  
**Miembro**

  
-----  
**Dra. Rinna Pilco Velásquez**  
**Asesora de Tesis**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a mis padres por brindarme su amor y apoyo incondicional. A Dios, por darme tantas dichas y permitirme alcanzar el desarrollo profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

Y a la vez expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este punto importante de mi vida.

A Dios, por su bendición, protección y amor. Por brindarme la oportunidad de ser mejor persona día a día y por darme la oportunidad de conocer a personas valiosas que han permitido que ésta investigación se realice con éxito.

A mis padres Victoriano y Manuela, por darme la vida y hacer posible realidad nuestras metas.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I .....	5
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO .....	5
1.1. Descripción del problema.....	5
1.2. Formulación del problema .....	6
1.3. Objetivos.....	7
1.4. Importancia y justificación del problema.....	7
CAPÍTULO II .....	11
MARCO TEÓRICO .....	11
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	11
2.2. BASE TEÓRICA.....	24
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:.....	54
CAPÍTULO III .....	57
MARCO METODOLÓGICO .....	57
3.1. Tipo de investigación .....	57
3.2. Diseño de investigación .....	57
3.3. Población y muestra .....	57
3.4. Unidad de análisis:.....	58
3.5. Operacionalización de variables:.....	59
3.6. Técnicas y métodos de recolección de datos.....	62
CAPÍTULO IV.....	69
RESULTADOS .....	69
DISCUSIÓN .....	88
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES .....	95

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
ANEXOS:.....	103

## RESUMEN

El presente estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017, con el objetivo de identificar la percepción de la salud general de mujeres en etapa del climaterio. El método de investigación fue un enfoque cuantitativo, prospectiva y de corte transversal. De diseño descriptivo y no experimental. La muestra estuvo constituida por 100 mujeres climatéricas a conveniencia de 40 a 55 años. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, el cual fue procesado mediante el programa estadístico SPSS 22, utilizando la estadística descriptiva para elaborar las tablas y gráficos. Resultados: los signos y síntomas más frecuentes son: bochornos (47%), cefalea (41%), cambios de humor (57%) dolores articulares (42%). Las dimensiones más afectadas son: síntomas somáticos (42%) y ansiedad e insomnio (39%). Conclusiones: Se identificó una percepción de salud general no conservada, las dimensiones más afectadas fueron los síntomas somáticos (42%) y la ansiedad e insomnio (39%). La dimensión menos afectada fue la depresión (62%).

**PALABRAS CLAVE:** Percepción general de salud, Mujeres climatéricas

## ABSTRACT

The present study was conducted in the Hipólito Unanue Hospital from Tacna, 2017 with the objective of identifying the perception of the general health of women in climacteric stage. The research method was a quantitative, prospective and cross-sectional approach. Further a descriptive design and not experimental. The sample consisted of 100 climacteric women at convenience from 40 to 55 years. A questionnaire was used to collect data, which was processed using the statistical program SPSS 22, using descriptive statistics to prepare tables and graphs. Results: The signs and symptoms with greater emphasis are hot flashes (47%), headache (41%), and mood swings (57%) joint pains (42%), insomnia (32%), cramps (34%) and little sexual appetite (33%). The dimensions were affected in somatic symptoms (42%) and anxiety and insomnia (39%), social dysfunction (31%) and depression (11%). Conclusions: We identified a perception of general health not conserved, the most affected dimensions were somatic symptoms (42%) and anxiety and insomnia (39%). The least affected dimension was depression (62%).

KEYWORDS: General perception of health, Climacteric women.

## INTRODUCCIÓN

El climaterio es un período de transición en la mujer que abarca su etapa reproductora y la senectud. Caracterizada por diversos cambios bilógicos y psicológicos que determinaran en cuales de las fases climatéricas se encuentra según las connotación con los signos y síntomas que perciba la mujer climatérica.

Los cambios propios del climaterio muchas veces se entienden por cursar una enfermedad, lo cual es erróneo. Los cambios perceptibles por las mujeres climatéricas afligen sus actividades diarias, afectando el estado emocional y asimismo el estado de salud general, ya que la deficiencia de las hormonas estrogénicas conllevan a la aparición de síntomas que con el tiempo puede deteriorar la calidad de vida de las mujeres que pasan por esta etapa.

Múltiples estudios han demostrado con frecuencia diversos patrones alarmantes en las mujeres climatéricas, examinando la carencia de autoestima, aparición de la depresión, incapacidad para controlar sus estados de ánimo, desequilibrio psicológico y estilos de vidas. En consecuencia el inicio de futuros problemas de interacción social, familiar y bajo rendimiento laboral.

Diferentes estudios abogan por la asociación del climaterio como causa de trastornos psicológicos, y otros autores consideran que la causa son los

factores sociales, culturales, y ambientales, más que hormonales o biológicos. Ya sea por la fisiología de este estado de transición, el déficit hormonal se evidencia más en el estado premenopáusico y postmenopáusico, por lo cual induce a alteraciones psicológicas, biológicas. Por lo tanto es un período complicado para la mujer por razones socio-culturales y ambientales, en efecto la premenopausia es una de las fases que frecuentemente se asocia con trastornos psicológicos.

Montgomery, en 1987, describió que el 86% de las mujeres enviadas a una Unidad de Menopausia de Londres por motivos somáticos tenían alteraciones psicológicas.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, la longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina. En los EE UU, más de 30% de la población femenina es posmenopáusica; con el tiempo, este porcentaje deberá incrementarse. En Europa, se estima que 12,3% de habitantes tiene más de 64 años. (2)

Según el censo nacional del año 2005, la población nacional fue de 27 millones de habitantes, las mujeres mayores de 45 años representaron más de 2 700 000 y se estima además, que la población mayor de 45 años aumentará en

los próximos años. El 84% de las mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos durante el climaterio o posteriormente; el 45% considera que los síntomas son importantes. (3) Y según el Instituto nacional de estadística (INE) y Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), el porcentaje de todas las mujeres que no están embarazadas, y no están en amenorrea postparto cuya última menstruación ocurrió seis meses o más antes de la encuesta, es de 15.7% mujeres menopaúsicas de un total de 12 561 mujeres, en el año 2012. (4)

A lo largo del tiempo, se viene elaborando y aplicando instrumentos, como cuestionarios que pretende estipular un valor a este concepto intrínseco y relativo.

En general los instrumentos son recursos que pueden valerse al investigador para acercarse a los fenómenos y obtener información, para la previa investigación, el instrumentos aplicado mide la sensibilidad emocional siendo aplicable a todos los individuos, independientemente de la patología que les afecte, ya que medirá la susceptibilidad emocional.

Actualmente se dispone de cuestionarios para medir la percepción de la salud general, gracias a ello, se ha logrado aplicarlo en prácticas clínicas como instrumentos más de evaluación.

Por ello el presente estudio describe si existe una conservada percepción de la salud general en la mujer climatérica, mediante la aplicación de un instrumento, siendo demostrada la confiabilidad y con consistencia científica.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

#### 1.1. Descripción del problema

El climaterio es la etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Se caracteriza por una deficiencia de estrógenos. Esta etapa incluye el periodo comprendida por el comienzo de manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año, etapa con una duración de 35 años. (1)

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas, la longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina. En los EE UU, más de 30% de la población femenina es posmenopáusica; con el tiempo, este porcentaje deberá incrementarse. En Europa, se estima que 12,3% de habitantes tiene más de 64 años. (2) Según el censo nacional del año 2005, la población nacional fue de 27 millones de habitantes, las mujeres mayores de 45 años representaron más de 2 700 000 y se estima además, que la población mayor de 45 años aumentará en los próximos años. El 84% de las mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos durante el climaterio o

posteriormente; el 45% considera que los síntomas son importantes. (3) Y según el Instituto nacional de estadística (INE) y Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), el porcentaje de todas las mujeres que no están embarazadas, y no están en amenorrea postparto cuya última menstruación ocurrió seis meses o más antes de la encuesta, es de 15.7% mujeres menopaúsicas de un total de 12 561 mujeres, en el año 2012. (4)

En el ámbito de estudio, se evidencian cualidades fisiológicas y psicológicas desfavorables a la percepción de la salud general por lo tanto lo citado amerita realizar un estudio de investigación para identificar la situación en el ámbito general de salud en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú 2017., ya que se desconoce, profundizando y especificando el tema de estudio, como es la percepción de la salud general en mujeres en etapa del climaterio. Siendo posible diseñar un proyecto de investigación a fin de obtener resultados óptimos para mejorar la calidad de vida de las mujeres climatéricas y la oportuna intervención del personal de salud.

## **1.2. Formulación del problema**

Frente a lo expuesto, se plantea la siguiente interrogante

¿Cuál es la percepción de la salud general en mujeres en etapa del climaterio que se atienden en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar la percepción de la salud general en mujeres en etapa del climaterio que se atienden en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Determinar las características sociodemográficas de las mujeres en etapa de climaterio que se atienden en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- b) Analizar la percepción de la salud general en mujeres en etapa del climaterio que se atienden en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- c) Determinar las dimensiones afectadas de la percepción de la salud general en mujeres en etapa del climaterio que se atienden en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.

### **1.4. Importancia y justificación del problema**

La importancia del estudio de investigación alude a conocer y analizar qué dimensiones de la percepción la de salud general se vulnerará

como son síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión, que pueda percibir la mujer climatérica a causa de factores psicológicos o físicos y/o sociales. Y con ello establecer un valor explicativo con el cual se podrá predecir el comportamiento de dichas mujeres climatéricas del hospital de Tacna mencionado.

El motivo por el que es realizado el trabajo de investigación referente a la percepción de la salud general en mujeres climatéricas es debido a que puede existir un riesgo al que está expuesta toda mujer, al ser afectado el aspecto social, físico o psicológico. Presentando vulnerabilidad u ocasionando situaciones de peligro de la vida por desórdenes psicológicos, como depresión o estrés que puede agravar y complicar o comprometer el estado de salud general de las mujeres en etapa del climaterio.

Vulnerándose diferentes aspectos como la salud física y mental, afectándose uno de los objetivos del milenio, el mejorar la salud materna, ya que las mujeres climatéricas se caracteriza por la anovulación. También por ser un problema de salud pública, al ser afectada la mujer su relación en la familia, relaciones afectivas y sociales con el medio externo. Ya que la etapa del climaterio es un periodo natural, fisiológico que forma parte de todas las mujeres a una determinada edad, donde se estiman mitos, miedos, dudas en las

mujeres climatéricas a causa de su desconocimiento por lo tanto se debe educar para tomar conciencia de la importancia de los cambios propios y evitar que se agraven o que cause afección a la salud integral de la mujer.

Con el propósito de contribuir en el bienestar físico, psicológico, lo que incluye la percepción de salud óptima y calidad de vida, ya sea por cambios en conductas emocionales durante el proceso del climaterio desde el hecho de que ocurra la menopausia por desbalances hormonales que condiciones a desequilibrios tanto físicos como psicológicos. Ya que estos pueden repercutir y desencadenar el inicio de una sensibilidad emocional. De tal manera las mujeres que se encuentren en la etapa del climaterio y el personal de salud puedan obtener información sobre el estado de la poblacional objetivo, e identificar tempranamente quien se verá afectada o el tipo de su afección ya sea física o psicológica y evitar complicaciones.

Este trabajo de investigación tiene relevancia social ya que esta información debe ser alcanzada en el Hospital Hipólito Unanue para mejorar y contribuir la información del tema de estudio con el fin de concientizar a las mujeres en etapa del climaterio; obteniéndose una respuesta responsable para la toma de decisiones basada en la

información recibida y así lograr conductas adecuadas sobre la salud e impulsar a la creación de programas de prevención, diagnóstico y atención oportuna como el desarrollo de actividades preventivo promocionales.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

##### 2.1.1 A nivel internacional

El estudio realizado en Venezuela, Zamora LS. (Tesis para el título profesional). Universidad del Zulia. *Alteraciones de la sexualidad en la menopausia*, 2013. El instrumento de recolección de datos se elaboró un cuestionario al que se le practicó la validez de contenido la siguiente forma: edad, tipo de menopausia La muestra de estudio la conformaron 219 mujeres, que asistieron a la Consulta de Menopausia de Hospital Nuestra Señora Chiquinquirá. Resultados: 79,3% mujeres presentaron menopausia natural y 20,7% menopausia artificial, cambios en la sexualidad general 73,3 y si sienten alguna molestia durante la penetración un 72,6% afirmaciones, mientras el deseo de hacer el amor igual que antes un 81,5% respuestas negativas. Conclusiones: más de la mitad de las mujeres presentaron disfunción sexual siendo más afectadas la excitación, lubricación, relaciones dolorosas y la falta de orgasmo, la disfunción sexual

aumenta con los años y logra su máxima expresión en las mayores de 60 años. (5)

El estudio realizado en México, Valdivieso FA, González M. (Tesis de licenciatura). Universidad Veracruzana. *Autoestima en mujeres en etapa de climaterio*, 2010. El estudio tiene como población mujeres de 40-60 años residentes de zona urbana, la muestra fue de 80 mujeres. El instrumento a utilizar para la recopilación de los datos es la escala de Coopersmith adaptado para mujeres en climaterio que contiene 58 preguntas y evalúan las siguientes áreas: hogar, social, mentira y general; dicho instrumento se adaptó evaluando únicamente la autoestima del área general, que consta de 25 preguntas dicotómicas con valor de un punto cada reactivo, el puntaje máximo es de 25 puntos. La evaluación del proceso menopáusico normal tuvo como resultado que a medida que la mujer entra en los últimos estadios de transición menopáusica mejora el bienestar psicológico y autoestima, resultados semejantes a los de ésta investigación, ya que el 44% de las mujeres de 56-60 años presentaron autoestima alta. Se encontró que 40% de las mujeres obtuvieron nivel de autoestima normal y 32.5% alta. Conclusiones: se encontró que de acuerdo a su estado civil, ocupación, grupo de edad, escolaridad y religión el nivel de autoestima normal prevalece con mayor porcentaje. De

acuerdo al estado civil se encontró que en las mujeres con pareja y sin pareja prevaleció la autoestima normal. De acuerdo al grupo de edad la autoestima baja prevaleció en las mujeres de 56-60 años. Según la ocupación, la autoestima alta se presentó con mayor frecuencia en mujeres empleadas y presencia de síntomas severos. Los síntomas urogenitales tuvieron importante presencia concomitante. (6)

El estudio realizado en España, Sordia HL. (Tesis Doctoral), en la Universidad autónoma de Barcelona, España. *Menopausia: La severidad de su sintomatología y su depresión*, 2009. La muestra del estudio fue de un total de 865 pacientes con por lo menos 1 año de menopausia, que acudieron a un programa de detección oportuna de osteoporosis. Como instrumento de recolección de datos se aplicó un cuestionario, y como resultados: el diagnóstico de depresión, del total de pacientes, 251 (29.0%) sufrían depresión, 402 (46.5%) se diagnosticaron sin depresión y 212 (24.5%) con reacción de ansiedad. Los síntomas menopaúsicos, se encontró los síntomas más comúnmente referidos fueron fatiga (74.3%), mialgias (71.4%), cefalea (65.4%) y bochornos (66.7%). Conclusiones: existe una clara relación entre la severidad de los síntomas menopaúsicos y la depresión. La prevalencia de depresión fue notablemente más importante y estadísticamente

significativa, en mujeres que referían una sintomatología menopausia severa. (7)

El estudio realizado en Guatemala, Castañeda R.J. (Tesis para el grado académico de magister), Universidad Rafael Landívar. *Relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y menopausia, departamento de ginecología y obstetricia, Hospital Roosevelt. 2014.* El estudio tiene como instrumento una encuesta específica para la población femenina en climaterio y menopausia para identificar la calidad de vida, MENCAV calidad de vida en la mujer en menopausia, percibida por la propia mujer con respecto a las molestias que ha presentado en el último mes, consta de 5 dimensiones: salud física, salud mental, relación sexual, relación de pareja, soporte social. Una muestra de 40 a 60 años en climaterio y menopausia consultantes al departamento de ginecología y obstetricia. Resultados: en la mayoría de las mujeres en estudio, la causa de la menopausia o climaterio fue natural 65% y un 35% fue quirúrgica, las mujeres en menopausia, el 20% de la población en estudio que utiliza la terapia estrogénica, manifestó padecer algún efecto secundario a esta, los referidos con mayor frecuencia fueron: insomnio, cefalea, dolor abdominal, cambios de humor entre otros. Solo un 15% de las mujeres, refieren buena salud

sexual de pareja. Conclusiones: Del total de mujeres encuestadas en etapa de climaterio o menopausia (260 mujeres), un 65.3% estaba utilizando terapia de reemplazo estrogénica. La terapia natural con isoflavonas fue utilizada en un 50% de las mujeres seguido del combinado en un 32.9%. De las 110 mujeres en etapa de climaterio un 70% estaba utilizando terapia de reemplazo estrogénica y la terapia natural con isoflavonas fue el más utilizado en un 67.5%. (8)

El estudio realizado en México, Fang HM. (Tesis para maestría) Universidad autónoma de nuevo león. *Calidad de vida en las mujeres en climaterio, 2004*. El instrumento de recolección fue un cuestionario específico de calidad de vida para la menopausia, que incluye cuatro dominios; vasomotor con tres reactivos, psicosocial con siete reactivos, físico 16 reactivos y sexual con tres reactivos. La muestra fue de un total de 780 mujeres trabajadoras de 35 a más años de una institución de seguridad social, con muestreo por conveniencia se obtuvo una de 165 mujeres. Resultados: el 33 % se encuentran en fase de pre menopausia, el siguiente 33 % en menopausia y el porcentaje restante en posmenopausia, las mujeres que se ubicaron la fase de posmenopausia muestran mayor afectación a la calidad de vida que las mujeres que se ubican en menopausia y pre menopausia.

Conclusiones: el dominio más afectado es el vasomotor y por ende la calidad, La fase del climaterio más negativamente afectada es la posmenopausia y que a mayor edad mayor deterioro de la calidad de vida. (9)

El estudio realizado en Chile, González AA. (Tesis para el grado de Magister), en la Universidad de Concepción. *Percepción del funcionamiento familiar y su relación con la sintomatología climatórica en mujeres usuarias de un centro de salud de nivel primario*, 2015. La muestra es no probabilística, consecutiva a conveniencia, que correspondió a 40 mujeres sintomáticas evaluadas durante el segundo semestre del año 2014. Resultados: en la sintomatología somática se obtuvo un total de 67,5% mujeres con presencia de trastornos, como la presencia de bochornos y sudoración en el grupo estuvo en un 87,5 %. Las molestias cardiacas se presentaron 52,5%. Los síntomas musculares y articulares un 67,5%. Y por último, las relacionadas con dificultades en el sueño las presentó en un 65%. De acuerdo a los resultados de los síntomas psicológicos se observó que un 77,5% presentó trastorno, como la presencia de estado ánimo depresivo en el grupo estuvo en un 77,5%. Las mujeres que relataron tener irritabilidad correspondieron a un 80%. La ansiedad se presentó en un 65%. Las molestias relacionadas con el

cansancio físico y mental se presentaron en un 77,5%. Y los síntomas urogenitales se observó que un 72,5% presentó trastorno, como la presencia de problemas sexuales se presentó en un 60%. Un 55% refieren tener problemas con la orina. Las mujeres que mencionaron tener sequedad vaginal correspondieron a un 50%. Conclusiones: la sintomatología climatérica corresponde a la psicológica y dentro de esta se destacan la irritabilidad, el estado anímico depresivo y el cansancio físico y mental, seguido a estos malestares, dentro de los síntomas urogenitales se acentúan los problemas sexuales y de los somáticos se resaltan los bochornos. Sin embargo, la presencia de factores que aumenten el riesgo familiar, las familias se ven enfrentadas a mayor presencia de disfuncionalidad familiar.

(10)

El estudio realizado en Madrid, Gutiérrez GS. (Tesis doctoral), Universidad Complutense de Madrid. *Tratamiento cognitivo-conductual en la menopausia, 2006*. El estudio tiene como muestra de estudio 49 mujeres que asistieron al programa con una media de edad de 48.86 años y un rango entre los 42 y 56 años. El instrumento de recolección de datos utilizado fueron cuestionarios como el índice menopaúsico de Kupperman y Blantt, y la escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Resultados: los

síntomas más referidos con una intensidad de moderada a alta por este grupo fueron los sofocos (78.6%), el nerviosismo (78.6%), la melancolía (78.6%) y las mialgias (71.4%). El 39.3% de las mujeres del grupo clínico experimental y el 24% del grupo control presentaban sintomatología depresiva de moderada a alta. La mayor parte de ellas presentaban sintomatología ansiosa y/o depresiva, percibían poco apoyo social y familiar, y un 57% de ellas informaban de problemas en su sexualidad y con la pareja.

Conclusiones: el éxito que ha tenido el programa de intervención psicológica en la menopausia, en primer lugar, por la obtención de resultados tan positivos, y en segundo lugar, por la gran demanda y participación recibida por parte de las mujeres de Fuenlabrada, Leganés y Collado-Villalba. Con estos resultados se puede afirmar que la intervención psicológica para la sintomatología asociada a la menopausia ha cumplido dos funciones diferentes: terapéutica e investigadora. (11)

El estudio realizado en Ecuador, Escobar AL. (Tesis) de la Universidad Técnica de Ambato. *Factores sociodemográficos y calidad de vida según la escala de puntuación menopáusica en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al su centro de salud de Huachi Chico, Cantón Ambato, periodo octubre 2014 a enero del 2015.* La muestra con la que se trabajó fue de 129

mujeres de 40 a 59 años que acudieron a consulta externa del Subcentro de Salud de Huachi Chico, Ecuador 2015. El instrumento de recolección que se utilizó fue un cuestionario y una escala de Puntuación Menopáusica. Resultados: las características Somáticas que afectan a la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años climatéricas, según la escala de valoración MRS fue la presencia leve de bochornos en 48 pacientes es decir que 37.2%, 53 presentan palpitaciones leves lo que significa el 41.1%, 47 mujeres presentan trastornos leves del sueño es decir el 36.4% y finalmente en el caso de las molestias osteoarticulares 41 pacientes con problemas leves es decir el 31.8%. La condición socioeconómica y estilo de vida son variables en las mujeres de 40 a 59 años climatéricas. Conclusiones: la dimensión más afectada es la urogenital, en la valoración de mujeres de 40 a 59 años climatéricas investigadas, debido a que de las 129 pacientes a las cuales se les aplicó la escala de valoración MRS 52 mujeres presentan problemas sexuales severos lo que significa el 40.3% de la muestra, por lo que se interpreta que es alta la incidencia de problemas sexuales severos en la mujeres objeto de estudio. (12)

El estudio realizado en Venezuela, Guarino, Leticia. *Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida*

*durante el embarazo, 2010.* El estudio establece los siguientes resultados: entre las formas de afrontamiento más utilizadas por las embarazadas se encuentran el uso de la oración (rezar) y en segundo lugar la interpretación positiva. En lo que respecta a los indicadores de salud, la muestra de mujeres estudiadas reporta en general un buen estatus de salud, siendo la frecuencia de síntomas muy baja y los valores del GHQ cercanos al puntaje máximo (indicación de una buena salud). La sensibilidad egocéntrica negativa correlacionó significativamente con todos los indicadores de salud, es decir, con mayor reporte de síntomas, así como con una mayor manifestación de somatización, angustia y ansiedad, depresión y, en menor magnitud, disfunción social. Respecto al afrontamiento del embarazo, los resultados también coinciden con lo esperado, asociándose a un mayor reporte de síntomas tanto físicos como psicológicos; por el contrario, la interpretación positiva como forma de afrontamiento del estrés asociado al embarazo muestra estar relacionado con resultados favorables para la salud, sobre todo la salud psicológica de la mujer en esta condición, al correlacionar con una menor manifestación de angustia, ansiedad, disfunción social, depresión y una mejor salud global. El estudio establece las siguientes conclusiones: deberían tener implicaciones sobre las políticas de salud preventiva de la mujer embarazada, como el desarrollo de

programas de intervención dirigidos a esta población que atiendan su esfera emocional y psicológica general, a fin de prevenir consecuencias adversas sobre su salud y bienestar y fomentar una mejor calidad de vida en estas mujeres que recorren un ciclo de su vida tan importante como el embarazo. (13)

En Venezuela, Guarino S, Scremín F. *Diferencias individuales como predictores de la salud y calidad de vida percibida en embarazadas*, 2012. El estudio establece los siguientes resultados: un estilo emocional negativo, conjuntamente con el uso de formas de afrontamiento disfuncionales durante el embarazo predice un mayor deterioro en la salud y calidad de vida de estas mujeres durante su primer trimestre de gestación. Otros estilos de afrontamiento, como la interpretación positiva, funcionan más bien como factor protector de la salud. Las embarazadas que tienen más tendencia a usar la rumiación reportan significativamente más presencia de síntomas físicos, así como puntajes más altos en somatización, angustia y ansiedad y depresión. Finalmente, este grupo de mujeres reportan mayores niveles de deterioro general, en relación con sus contrapartes, que usan significativamente menos rumiación como estilo de reactividad emocional. El estudio establece las siguientes conclusiones: el estudio revela la

importancia de evaluar las diferencias individuales de las embarazadas y desarrollar programas de intervención sobre estos aspectos, a fin de promover una mejor salud y calidad de vida durante este importante proceso en la mujer.(14)

### **2.1.2. A NIVEL NACIONAL**

El estudio realizado en Perú, Lecca CS, Pinchi RN. (Tesis para el título profesional) Universidad nacional de San Martín. *Relación entre nivel de conocimiento y la actitud frente al climaterio en mujeres atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto*, 2012. Se realizó un muestreo no probabilístico, constituida por 73 mujeres de 35 a 65 años, que tienen algún signo o síntoma del climaterio y son atendidas en el Hospital II-2. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario que constó de 10 preguntas cerradas que se clasificaron en: alto, regular y bajo; en una escala vigesimal. Resultados: el 23.3 % de mujeres encuestadas en la etapa del climaterio refieren que el climaterio es una enfermedad, y el 76.7 % refieren que el climaterio es una etapa normal de la vida. El 65.8 % de mujeres encuestadas en la etapa del climaterio tienen un nivel de conocimiento alto, el 28.8 % tiene un nivel de conocimiento medio y el 5.5% tiene un nivel de conocimiento bajo con respecto al climaterio. El 97.3 % de mujeres encuestadas en la etapa del climaterio tienen una actitud favorable frente al climaterio y el 2.7% tiene una actitud desfavorable frente al climaterio. Conclusiones: el nivel de conocimiento

frente al climaterio da como resultado que el 65.8% tienen un nivel de conocimiento alto y el 97.3% de mujeres climatéricas tienen una actitud favorable frente al climaterio. (15)

El estudio realizado en Perú, Cornejo CV. Tesis para licenciatura, Universidad mayor de San Marcos. *Relación de los estilos de vida y los síntomas climatéricos en mujeres peri menopáusicas atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho*, 2014. El estudio tiene como muestra 100 mujeres entre 45 a 55 años que refirieron algún síntoma del climaterio atendidas en los consultorios externos del servicio Gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho. El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista; y como instrumentos, dos cuestionarios validados. Resultados: la mayoría de las encuestadas (81%) presentan un estilo de vida no saludable y un 19% estilo de vida saludable. Asimismo el 48% de las mujeres manifiesta síntomas moderados, el 31% síntomas intensos y el 20% síntomas leves. Acerca de los estilos y los síntomas climatéricos, se observa que existe relación estadísticamente significativa entre ambas. El estudio establece las siguientes conclusiones: Los estilos de vida no saludables se asociaron a mayor porcentaje de síntomas climatéricos moderados o muy molestos en las mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. (16)

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.2. PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL**

#### **2.2.2.1. Definición**

Salud se define de forma negativa como ausencia de enfermedad. En este sentido, como afirma Ann Bowling, todas las medidas del estado de salud toman la salud a nivel basal y miden las desviaciones que de dicho estado se producen, es decir, miden realmente la mala salud, los índices de la salud negativa. La salud, entendida positivamente, implica los conceptos de integridad, eficiencia y total funcionalismo de mente, cuerpo y adaptación social. También se puede hablar de la salud desde los conceptos de "bienestar social", "bien antropológico", "Derecho innato de la persona" o bajo la expresión "calidad de vida", pero estos otros términos pueden confundir parcialmente el sentido genuino del vocablo salud. Por otro lado, la salud tiene que ver con el ser humano en su totalidad, es decir, con el ser humano entendido y contemplado en todas sus perspectivas y categorizaciones (plano corporal, psíquico, social, etc.). (17)

En este sentido y aunque tenemos constataciones históricas de interpretaciones y concepciones culturales diferentes de la salud, gracias al enfoque positivo, aunque algo estático, subjetivo y utópico,

del concepto salud que dio la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Nueva York el 22 de julio de 1946, en su Carta Constitucional o Carta Magna firmada por 61 Estados, cuando la definió en su preámbulo como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo...", se han podido establecer nuevas vías de amplitud del término<sup>14</sup>. Sobre todo en estas últimas décadas, observamos un intento de explicar este concepto de una manera más completa e integradora, es decir, tratando de conjugar los procesos biológicos y sociales con los personales, y éstos, con los ideales de vida buena y de calidad que cada persona y sociedad vayan estableciendo. (17)

Esta definición, que ha sido ampliamente criticada por considerarla algo utópico y demasiado medicalizada, abarca el desarrollo integral del individuo como persona, aunque también se puede tener salud sin estar en el estado de completo bienestar físico, mental y social. La salud, por tanto, puede ser considerada como un bien no sólo a preservar o recuperar, sino también un bien susceptible de ser disfrutado y aumentado. Esta concepción de la salud es dinámica, cambiante de acuerdo con las condiciones de vida y las ideas de cada sociedad y cultura, y supone, más que un estado o situación, una forma de vida, una forma de estar en la vida. De hecho, el X

Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, que tuvo lugar en Perpiñán en 1976, definió la salud de una manera más global: "Salud es aquella manera de vivir autónoma (es decir, con libertad de escoger, por tanto de estar informado y con sentido crítico), solidaria (o sea, colaborando con los demás) y alegre que se da cuando se va asumiendo la propia realización". (17)

La salud es, por tanto, definitoria de la felicidad personal y colectiva, del bienestar en general, y, por tanto, no se trata de un fin en sí mismo, sino de una condición necesaria para una vida plena, autónoma, solidaria y humanamente feliz. Pero el concepto salud encierra principalmente dos criterios en cuanto a su identificación como "estado sano", esto es, el estado o la manera en que cada uno se encuentra, se experimenta o percibe y define el "estar sano", que es mucho más amplio que el no estar meramente enfermo. Los criterios que igualan la salud como "estado sano" son básicamente dos: el criterio objetivo (datos físicos observables y medibles relacionados con la salud biológica o física) y el criterio subjetivo (percepción que cada uno tiene acerca de su salud y su sentimiento de estar sano). Ambos criterios nos dan las pautas para hablar del significado de estar sano. En cuanto al primer aspecto (el aspecto objetivo. (18)

Distinguiendo cinco criterios objetivos del concepto salud:

- a. un criterio morfológico (ausencia de lesiones o alteraciones físicas);
- b. un criterio etiológico (inexistencia de taras genéticas o agentes patógeno en el organismo del sujeto);
- c. un criterio funcional (es sano el hombre que es normal desde el punto de vista orgánico y funcional);
- d. un criterio utilitario (es sano el individuo que puede tener un rendimiento vital sin exceso de fatiga o daño);
- e. un criterio comportamental o conductual (es sano quien está integrado socialmente). Por lo que corresponde al sentido subjetivo de "estar sano" habría que hablar de algunos motivos psicológicos, como: conciencia de la propia validez, sentimiento de bienestar psicoorgánico, cierta seguridad de poder seguir viviendo, libertad respecto al propio cuerpo, sentimiento de semejanza básica con los demás hombres y la posibilidad de gobernar el juego vital de la soledad y la compañía. (18)

Desde un enfoque integrador y convergente, podemos decir que la salud es uno de los mayores bienes del ser humano y que se inscribe en todas las dimensiones de su existencia. Por eso se puede hablar

de salud física, salud emocional, salud mental, salud social, salud religiosa, salud laboral, salud económica, salud ecológica, etc.

#### **2.2.2.2. Modelos de Salud Contemporáneos:**

- La salud somática: es el estado del organismo libre de enfermedades y capacitado para ejercer normalmente todas sus funciones fisiológicas (por ejemplo, peso corporal, agudeza visual, fuerza muscular, funcionamiento eficiente del cuerpo, etc.). La salud es entendida aquí desde un modelo clínico, donde las personas son consideradas como sistemas fisiológicos multifuncionales. La salud vendría dada por los síntomas de alteración o lesión de dichos sistemas o funciones orgánicas.
  
- La salud psíquica: es la capacidad de autonomía mental para reaccionar ante las dificultades y los cambios del ambiente (poseer capacidades intelectuales, procesar y comprender la información dada, ejecutar la capacidad para tomar decisiones, etc.). En la salud psíquica cobra importancia la capacidad de asimilar los cambios y las dificultades, así como la de aceptar y/o modificar el ambiente para obtener satisfacciones personales básicas, de manera que la persona sea capaz de establecer relaciones interpersonales armoniosas. El individuo necesita,

pues, vivir satisfecho consigo mismo y en su relación con las demás personas.

- La salud social: es condición necesaria para la salud física y mental. Una sociedad enferma da lugar a la aparición de enfermedades individuales (ambiente, hábitat, vivienda, alimentación, transportes, contaminación, etc.). La salud vendría identificada, desde esta comprensión, con la capacidad del individuo para relacionarse e integrarse en la urdimbre cultural que le haya tocado vivir, según la lotería social, así como con su capacidad de desarrollar o adaptarse al rol o la tarea social que él mismo pueda y quiera darse o la sociedad decida otorgarle. El individuo necesita tener habilidades para interaccionar bien con la gente y el ambiente.
- La salud ecológica: esta salud es importante, dado que las posibilidades de llevar una vida mínimamente normal están en relación directa con la salud ambiental: aire puro, agua limpia, control de ruidos, belleza del ambiente, etc. El hombre es un ser vivo solidario del resto de la biosfera, esto es, es un ser con-un-entorno. El ambiente, pues, puede influir o predisponer a la persona a tener más o menos salud y a desarrollar o no alguna enfermedad.

- La salud espiritual: este modo de entender la salud no puede quedar ignorado, dada la naturaleza metafísica del ser humano. La salud espiritual debe ser entendida como aquel estado en el que las creencias de una determinada persona o pueblo son incluidas como elementos constituyentes de la existencia y de la felicidad que cada persona o pueblo quiera creer o perseguir. Pero las ideas y creencias pueden ser más saludables unas que otras (sobre todo, algunas imágenes o interpretaciones de lo divino), así como ser más beneficiosas o más dañinas unas que otras para el ser humano. Por otro lado, el mundo de la interioridad no puede ser menospreciado si queremos tener una concepción integral de la salud humana o dotar algunas experiencias humanas de cierto sentido. (19)

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la Organización Mundial de la Salud (OMS): *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Más allá de lo antedicho, la salud mental puede definirse como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos medios y bajos, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de las personas con trastornos mentales y en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. (20)

**2.2.2.3. Definiciones en calidad de vida relacionada con la salud: (17)**

Autores	Definiciones
Echteld, Van Vlderen Van der Kamp	Resultado cognitivo y afectivo del afrontamiento a estresores y disturbios percibidos contra los objetivos de la vida, tales como la enfermedad específica y elementos generales; experiencias, satisfacción con la vida y afectos positivos y la ausencia de efectos negativos.

Awadn, Percepción	Del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial.
Burke	Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular.
Snchipper, Clinch& Powell	Efectos funcionales de una enfermedad y su terapia sobre un paciente percibido por el mismo paciente
Bowling	Efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima.
Shumaker&Na ughton	Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.
Patrick & Erickson	Valor otorgado a la duración de la vida y su modificación por impedimentos, estado funcional, percepción y oportunidades sociales que son

	influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas.
Wu	Aspectos de la salud que pueden ser directamente vivenciados y reportados por los pacientes.
O`Boyle	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro.
Snchipper	Efectos funcionales de una enfermedad y sus consecuencias en la terapia.

#### 2.2.2.4. SALUD GENERAL

Salud general es el estado de bienestar general, especialmente a la presencia de ciertos estados emocionales no alterados, como también algunas funciones intelectuales y fisiológicas, como la autovaloración del individuo y alcance de sus metas y propósitos en el enfrentamiento a las dificultades. (21)

#### **2.2.2.5. PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL:**

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, se define como *“la capacidad de los seres humanos de verse y reconocerse a sí mismo y de juzgar sobre esa visión y reconocimiento”*.

La percepción es un proceso cognitivo que nos permite, a través de los sentidos, recibir información tener una representación real del medio. Existen factores que pueden influir en la percepción: el estado fisiológico, social, la personalidad, el estado civil, etc.

#### **2.2.2.6. DIMENSIONES DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL:**

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más utilizados al evaluar la salud real de una determinada población y aporta una aproximación de la satisfacción vital del individuo.

##### **2.2.2.6.1. DIMENSIÓN SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

El término somatización se refiere a quejas físicas que ocasionan malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan justificar una causa orgánica.

Tiene tres componentes:

- Experiencial: lo constituyen los síntomas que experimenta el sujeto.

- Cognitivo: es la interpretación que el paciente hace de sus síntomas. En general, interpreta la somatización en el contexto de una enfermedad amenazante no detectada.
- Conductual: la persona busca un diagnóstico y un tratamiento médico de forma persistente.

#### Formas de presentación

Cabe diferenciar las somatizaciones en agudas y crónicas:

- Las somatizaciones agudas se dan en individuos con una personalidad y un nivel previo de adaptación normales, que debido a un estrés psicosocial presentan síntomas somáticos. Estos pacientes, sin una orientación adecuada, pueden llegar a cronificarse.
- Las somatizaciones crónicas se dan en pacientes con un nivel previo de adaptación insatisfactorio y frecuentes problemas de personalidad, que presentan desde hace mucho tiempo, un mínimo de 6 meses, múltiples síntomas físicos inexplicados que les producen mucha incapacidad.

#### Presentación clínica:

El paciente puede presentar una amplia variedad de síntomas somáticos que afectan a diferentes órganos:

- Síntomas generales: astenia, cansancio.
- Músculos esqueléticos: cervicalgias, dolores generalizados.

- Gastrointestinales: dolor y distensión abdominal, diarrea, estreñimiento.
- Cardiorrespiratorios: palpitaciones, dolor torácico, sensación de falta de aire.
- Neurológicos: cefalea, mareos, debilidad muscular, alteraciones de la visión o de la marcha.
- Genitourinarios: disuria, prurito, dispareunia. (22)

#### **2.2.2.6.2. DIMENSIÓN ANSIEDAD E INSOMNIO:**

La ansiedad es una respuesta emocional ante un estímulo o amenaza no identificados, que se caracteriza por la presencia de sentimientos de inquietud, excitación e inseguridad en grados variables. Civeira estudió las diferencias sintomatológicas en la mujer depresiva con relación al climaterio. Fueron evaluadas y se obtuvo que el grupo de mujeres pre menopáusicas mostraran más sintomatología somática, más sentimiento de culpa e indignidad, más insomnio y menos reactividad social. Las mujeres menopáusicas con depresión estaban intensamente afectadas. Presentaban lentitud en el pensamiento, desesperanza y múltiples preocupaciones. El grupo de mujeres postmenopáusicas tenía mayor pérdida de apetito Y centraba sus conversaciones habituales en la preocupación por su enfermedad. La incomunicación era lo que diferenciaba fundamentalmente al grupo menopáusico, refiriendo con más frecuencia sentimientos de

incomprensión y aislamiento con separación de las actividades sociales. (23)

La mayoría de las investigaciones estadounidenses establecen que los síntomas psicológicos más frecuentemente referidos durante la menopausia son los sentimientos de irritabilidad, depresión y ansiedad. Éstos pueden ser debidos a los cambios físicos que se estén produciendo en este período, pero también están influidos por las creencias culturales sobre la mujer, percepciones individuales, y las expectativas que la mujer tiene para sí misma. La historia de la vida de las mujeres en relación con la salud reproductiva y el ciclo menstrual, probablemente afectará sus interpretaciones acerca de la experiencia de la menopausia. (24)

Hunter, establece como predictores del ánimo depresivo durante la menopausia la historia de ánimo depresivo, el bajo estatus socioeconómico y eventos vitales estresantes, especialmente la pérdida de seres queridos, y creencias negativas acerca de la menopausia. Por otro lado, las mujeres que han experimentado una menopausia temprana por una cirugía son más propensas a experimentar reacciones emocionales negativas. (25)

El insomnio en la menopausia suele presentarse en dificultades en la conciliación y en el mantenimiento del sueño. Como consecuencia de los problemas del sueño las mujeres manifiestan irritabilidad, malestar y alteraciones en la capacidad de rendimiento durante el día. (26)

Sharkey evaluó a mujeres pre y postmenopáusicas y encontraron que ambos grupos no diferían en cuanto a los informes subjetivos del sueño, encontrándose ligeras diferencias polisomnográficas, siendo más corta la primera fase del sueño y la latencia de despertar en las mujeres postmenopáusicas. Por tanto, estos resultados indicarían que la menopausia tiene un mínimo papel en la calidad del sueño y en la distribución de las fases del sueño. Se caracteriza principalmente por el llanto fácil, y también pueden aparecer irritabilidad, insomnio, labilidad emocional, cefaleas, cambios de apetito, sentimiento de minusvalía, preocupación excesiva por sus otros hijos y respuestas elevadas a los estímulos, que alcanza su máxima intensidad aproximadamente a los 3-5 días después del parto. Se trata de un período en el que la madre se encuentra muy hipersensible y vulnerable emocionalmente, especialmente si recibe sensaciones negativas por parte de los familiares o incluso del personal sanitario que le atiende. (27)

#### **2.2.2.6.3. DIMENSIÓN DISFUNCIÓN SOCIAL**

La psicología social estudia en forma específica la actitud individual en la comunidad, la convivencia, las agresiones, la envidia, la hostilidad, la comunicación, los grupos sociales, el compañerismo, las habilidades sociales, el liderazgo, los valores, la obediencia y la socialización entre otros. Cuando un individuo presenta una disfunción en alguno de los aspectos mencionados, que afecte su desarrollo o impida su integración en el medio social.

Según Eysenck la estabilidad emocional, se refiere al ajuste emocional. Las personas altas en esta dimensión son proclives al malestar psicológico, con ideas poco realistas, necesidades excesivas o dificultades para tolerar la frustración. Se define por términos como preocupado, inseguro, con tendencia a las emociones negativas como ansiedad, depresión, desconcierto. Se relaciona también con comportamientos impulsivos como fumar o beber en exceso y la dificultad para controlarlo. (28)

#### **2.2.2.6.4. DIMENSIÓN DE DEPRESIÓN**

La depresión se detecta frecuentemente en distintos trastornos psicológicos tales como la ansiedad, la esquizofrenia, la paranoia o los trastornos bipolares. La correcta identificación de la depresión bipolar es especialmente importante. El trastorno bipolar, un síndrome caracterizado por una alternancia de períodos en los que hay una

elevación del estado de ánimo junto con otros en los que predomina un bajo estado de ánimo, es un trastorno que requiere un tratamiento diferente.

La depresión es un trastorno muy común en enfermedades médicas y, por lo tanto, en atención primaria y también se asocia con una discapacidad funcional significativa.

Una de las primeras propuestas para entender la melancolía estuvo dada por Hipócrates. La melancolía ha estado generalmente asociada con la bilis negra, esencial para explicar su patogénesis

El término “depresión” no es precisamente propio de la teoría psicoanalítica, sino que proviene del campo psiquiátrico. A pesar de ello, el psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos en relación a lo que hoy conocemos como fenómenos depresivos. Freud y Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados “depresivos”. Una de las primeras hipótesis explicativas sobre la melancolía la efectúa Freud situando la psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo. (29)

Se ha encontrado de modo consistente que el riesgo de que las mujeres sufran una depresión en comparación con los hombres en los países desarrollados es de 2:1 y de 3:1 ó 4:1 en los países en desarrollo. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor es

del 3% para los hombres y del 6% para las mujeres. La depresión también parece que correlaciona significativamente con un nivel educativo más bajo, no ser de raza blanca, de edad más joven, un menor apoyo social y desempleo. El diez por ciento de los episodios de depresión mayor están relacionados con la pobreza. La depresión es la principal causa de muerte por suicidio. La depresión no sólo engendra un extraordinario sufrimiento personal y familiar, sino que también tiene repercusiones sociales importantes, tales como un mayor uso de los servicios sociales y médicos. (30)

- Estrés

Una de las definiciones más recientes de estrés ha sido planteada por Bruce McEwen: “El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan”.

El estrés ocurre cuando los cambios en el medio externo o interno son interpretados por el organismo como una amenaza a su homeostasis. La habilidad del organismo de ejecutar la respuesta apropiada a cambios ambientales potencialmente estresantes

requiere del correcto reconocimiento del cambio ambiental y la activación de la respuesta de estrés.

La habilidad de eliminar el estresor activamente mediante la relocalización o la evitación requiere la evolución de una habilidad para detectar o anticipar los cambios estresantes y el conocimiento o memoria de las estrategias o ajustes exitosos para evitarlos. (31)

Como aparece reflejado anteriormente, son muchas las variables que pueden predisponer a que una mujer desarrolle un conflicto mental. El estrés materno prenatal puede provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas u otras causas. Las fluctuaciones hormonales que se producen durante la menopausia, junto con estrés que genera aspectos como una nueva imagen corporal, la sexualidad, la infertilidad o el envejecimiento, puede provocar una angustia emocional que puede causar cambios de humor, y en ocasiones desencadenar una depresión. (32)

- Estabilidad emocional:

Según Eysenck la estabilidad emocional, se refiere al ajuste emocional. Las personas altas en esta dimensión son proclives al malestar psicológico, con ideas poco realistas, necesidades excesivas o dificultades para tolerar la frustración. Se define por

términos como preocupado, inseguro, con tendencia a las emociones negativas como ansiedad, depresión, desconcierto. Se relaciona también con comportamientos impulsivos como fumar o beber en exceso y la dificultad para controlarlo. (28)

- Componentes emocionales:

Las emociones son, en esencia impulsos que nos llevan a actuar, programas de reacción automática con los que nos ha dotado la evolución y que nos permiten afrontar situaciones verdaderamente difíciles; un sistema con tres componentes:

1. El **perceptivo**, destinado a la detección de los estímulos e licitadores; que incluye elementos hereditarios, como es nuestra predisposición a valorar el vacío, los lugares cerrados, los insectos o las serpientes..., como posibles situaciones peligrosas, y a veces fruto de las experiencias, como puede ser el surgimiento de una fobia o la ansiedad a los exámenes, o el placer por una buena nota.
2. El **motivacional**, encargado de impulsar, mantener y dirigir la conducta, gracias a su relación con el sistema hormonal: por ejemplo, el miedo nos impulsa a la evitación.
3. El **conductual**, que hemos de analizar en su triple manifestación, reacción fisiológica perceptible, pensamientos y conductas manifiesta. Es el elemento más influido por las

experiencias de aprendizaje previo y el medio cultural. Por ejemplo: la expresión de la pena en distintas culturas o el desarrollo de estrategias de evitación de las situaciones de prueba. En esta definición, Goleman ha considerado cinco aptitudes emocionales, clasificadas a su vez en dos grandes grupos: (33)

<b>Aptitud personal</b>	<b>Aptitud social</b>
<p>Son las que determinan el dominio de uno mismo. Comprenden las siguientes aptitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconocimiento.</li> <li>• Autorregulación.</li> <li>• Motivación</li> </ul>	<p>Son las que determinan el manejo de las relaciones. Comprenden las siguientes aptitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatía.</li> <li>• Habilidades sociales.</li> </ul>

▪ **Aptitud emocional:**

Goleman define la aptitud emocional como una capacidad aprendida, basada en la inteligencia emocional, que origina un desempeño laboral sobresaliente.

Autoconocimiento Emocional: reconocer un sentimiento mientras éste se presenta es la clave de la Inteligencia Emocional. La falta de habilidad para reconocer nuestros propios sentimientos nos

deja a merced de nuestras emociones. Las personas con esta habilidad consiguen conducir mejor sus vidas.

Control Emocional: Es la habilidad de lidiar con los propios sentimientos, adecuándolos a cualquier situación. Las personas que carecen de esta habilidad caen constantemente en estados de inseguridad, mientras que aquellas que poseen un mejor control emocional tienden a recuperarse más rápidamente de los reveses y contratiempos de la vida. (33)

Para Goleman la inteligencia emocional consiste en:

1) *Conocer las propias emociones*: El principio de Sócrates "conócete a ti mismo" se refiere a esta pieza clave de la inteligencia emocional: tener conciencia de las propias emociones; reconocer un sentimiento en el momento en que ocurre.

2) *Manejar las emociones*: La habilidad para suavizar expresiones de ira, furia o irritabilidad es fundamental en las relaciones interpersonales.

3) *Motivarse a sí mismo*: Encaminar las emociones, y la motivación consecuente, hacia el logro de objetivos es esencial para prestar atención, automotivarse, manejarse y realizar actividades creativas.

4) *Reconocer las emociones de los demás*: La empatía es la base del altruismo. Las personas empáticas sintonizan mejor con las sutiles señales que indican lo que los demás necesitan o desean.

5) *Establecer relaciones*: La competencia social y las habilidades que conlleva, son la base del liderazgo, popularidad y eficiencia interpersonal. (34)

### **2.2.3. CLIMATERIO**

#### **2.2.3.1. DEFINICIÓN**

Es la fase del proceso de envejecimiento de la mujer de límites imprecisos, que incluye tres períodos. La pre menopausia, empieza a aparecer una serie de cambios graduales en el sistema endocrino, así como manifestaciones clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia. El segundo período es el de la menopausia, tras haberse producido un año de amenorrea. Y por último, la etapa postmenopáusica va comprendida desde la menopausia confirmada hasta la senectud. En el climaterio el organismo de la mujer se adapta a una nueva situación que supone la pérdida de la capacidad reproductiva. (35)

En el climaterio se producen una serie de cambios fisiológicos debidos en parte al reajuste hormonal y modificaciones endocrinas

y metabólicas que aparecen como consecuencia de la menopausia, pero también están ligados al proceso de envejecimiento que se produce en la población en general. (36)

Los factores psicológicos, sociales, familiares y hábitos de vida también son responsables de estos cambios en el período climatérico. Sánchez-Cánovas, recoge algunas propuestas:

- Disminución gradual de estrógenos versus déficit de estrógenos.
- Cambio de función de los ovarios, evolución de los ovarios, proceso ginecológico de los ovarios versus disfunción ovárica.
- Reajuste del equilibrio hormonal versus desequilibrio hormonal.
- Remodelación hormonal versus deficiencia hormonal
- La menopausia, logro de la madurez versus la menopausia, pérdida de la juventud
- Cambios fisiológicos y psicológicos versus síntomas de la menopausia.
- Reducción del tamaño de la vagina versus atrofia vaginal. (37)

#### **2.2.3.2. FISIOLÓGÍA DEL CLIMATERIO**

La pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual, que se produce en varios años, en promedio dura entre 4 a 6 años; en

esta etapa, la función ovárica va fluctuando, aumentando o disminuyendo. Al inicio del climaterio se produce una disminución de los niveles de inhibina, lo que resulta en un aumento de la FSH, con niveles de estradiol normal o ligeramente disminuidos. Estos cambios dan lugar a un acortamiento de la fase folicular y a ciclos menstruales cortos o prolongados. Posteriormente, se produce un descenso de los niveles de estradiol y la maduración folicular se vuelve irregular, presentando ciclos ovulatorios y anovulatorios. Cuando en los ciclos anovulatorios no se produce progesterona, existe un hipertrogenismo relativo que puede ocasionar hipermenorrea y/o hiperplasia del endometrio. Este grado de resistencia ovárica a la estimulación puede explicar los bochornos que experimentan algunas mujeres, a pesar de los valores normales de estradiol.

Desde el punto de vista del cuadro clínico obstétrico, la identificación de los componentes del síndrome climatérico, tanto genitales como extragenitales, puede resultar compleja, especialmente en su fase inicial (40 a 45 años), durante la cual sus manifestaciones pueden permanecer latentes o ser muy sintomáticas o en muchos casos ser muy difícil de diferenciarlos del componente ansioso depresivo que suele acompañar a este grupo de personas. La deficiencia de estrógenos que caracteriza al

climaterio y la menopausia es el principal responsable de los signos y síntomas inmediatos y tardíos. El 84% de las mujeres tiene al menos uno de los síntomas clásicos durante el climaterio o posteriormente; el 45% considera que los síntomas son importantes. (1)

La OMS establece que la mayoría de los problemas de salud que acontecen en el período peri menopáusico se derivan de factores sociales, más que de factores realmente patológicos, dependiendo fundamentalmente de la actitud de cada sociedad ante el proceso de envejecimiento, principalmente en el sexo femenino. (38)

#### **2.2.3.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL CLIMATERIO**

El climaterio se asocia con signos y síntomas típicos relacionados con la deficiencia de estrógenos, tales como amenorrea, bochornos, períodos de sudoración y sequedad vaginal. Pueden presentarse otras condiciones como alteraciones psicológicas, emocionales y psicosomáticas, no asociadas al hipoestrogenismo

- **SÍNTOMAS VASOMOTORES.**

Los bochornos o sofocos se definen como un aumento en la percepción del calor dentro del cuerpo, se manifiestan por una elevación en la temperatura cutánea, vasodilatación periférica,

aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca y modificaciones en la actividad electrodérmica. Los episodios nocturnos de sofocos se refieren como crisis de sudoración.

(39)

- **ALTERACIONES DEL TRACTO GENITOURINARIO.**

Debido al mismo origen embriológico de vagina, trigono uretral y vejiga, las vías urinarias inferiores presentan cambios atróficos por falta de estrógenos (38). Son comunes las quejas tanto de síntomas urinarios (disuria, infecciones urinarias frecuentes) como los propios de vaginitis atrófica: prurito, sequedad vaginal, dispareunia, sangrado vaginal etc.

La atrofia de la vagina produce adelgazamiento del endotelio, pérdida de los pliegues, acortamiento de la misma y disminución de la lubricación, lo que se relaciona con dispareunia.

Antes de la menopausia las células epiteliales de la vagina son ricas en glicógeno, el cual es metabolizado por lactobacilos, lo que contribuye a formar un ph ácido que protege contra las infecciones, posterior a la misma se pierde este mecanismo protector y puede presentarse mayor frecuencia de infecciones así como tendencia a las ulceraciones.

- **SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS, SOMÁTICOS Y EMOCIONALES.**

Durante el climaterio y la postmenopausia se han observado gran número de síntomas; entre los más frecuentes podemos enumerar: ansiedad, aumento de la tensión, cambios de humor, depresión, irritabilidad, cansancio, insomnio, dificultad para concentrarse, ataques de pánico, cefalea, dolores articulares, palpitaciones, parestesias.

La falta de estrógenos proporciona una base bioquímica que puede explicar el posible desarrollo de la depresión, ya que la ausencia de esta hormona facilita la disminución del triptófano libre en la sangre con la consiguiente disminución de la 5-hidroxitriptamina y debido a que los cambios en los niveles de serotonina en el cerebro representan uno de los mecanismos para el desarrollo de la depresión endógena, se ha sugerido esta hipótesis bioquímica para explicar la depresión de la mujer postmenopáusica.

- **TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD.**

Después de la menopausia, el adelgazamiento del epitelio de la vagina no afecta la función sexual cuando hay relaciones sexuales en forma regular.

En los casos de atrofia severa o vaginitis atrófica puede existir dispareunia. Asimismo, la abstinencia sexual prolongada puede favorecer esta atrofia, produciendo dolor y malestar al reanudar la actividad sexual.

Aunque la función sexual permanece intacta, los cambios neuroendocrinológicos y circulatorios propios de la edad, pueden ser la causa de alteraciones en el tiempo y extensión de la respuesta a la estimulación sexual. Asimismo, se ha reportado tanto disminución del interés sexual como aumento del mismo durante la postmenopausia. (40)

- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.**

Recientemente se ha sugerido que la falta de estrógenos que se produce durante la menopausia contribuye al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer y se ha reportado que la terapia de reemplazo con estrógenos puede ser útil para prevenir o retardar el inicio de esta enfermedad.

- **OSTEOPOROSIS Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.**

Constituyen las principales causas de morbimortalidad en las mujeres después de la menopausia. Varios estudios han reportado alteraciones en el metabolismo de lípidos, principalmente disminución de los niveles plasmáticos de

lipoproteínas de alta densidad (HDL-c) y aumento de lipoproteínas de baja densidad (LDL-c) tanto en mujeres con menopausia fisiológica como quirúrgica. Se ha demostrado que la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos tiene efecto protector contra el aumento de enfermedad cardiovascular, riesgo de apoplejía e infarto de miocardio.

Después de la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis es el problema más significativo relacionado con la deficiencia de estrógenos. (41)

Posteriormente se reportó también en la ooforectomía y se confirmó el efecto benéfico que tienen los estrógenos.

A la edad de 80 años, cerca del 25% de todas las mujeres han presentado una o más fracturas del extremo proximal del fémur, vértebras o porción distal del radio. La fractura de la cadera se asocia con un 20% de mortalidad durante el primer año y constituye uno de los principales problemas de salud.

Otras enfermedades crónicas aumentan en frecuencia después de la menopausia, pero no se sabe si se deben a esta condición en sí o al proceso de envejecimiento del organismo. (42)

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Se presentan los siguientes términos utilizados para efectos de este estudio.

- **Percepción**

Acción y efecto de percibir. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Conocimiento, idea. (43)

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. La selección y la organización de las sensaciones están orientadas a satisfacer las necesidades tanto individuales como colectivas de los seres humanos, mediante la búsqueda de estímulos útiles y de la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la convivencia social, a través de la capacidad para la producción del pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas que orientan la manera como los grupos sociales se apropian del entorno. (44)

- **Salud**

Es el bienestar del estado físico, fisiológico y social, el cual no se ve afectado o amenazado por alguna enfermedad o circunstancia que lastima a la persona. Es el resultado de la valoración del cuestionario de Goldberg, donde se describe aspectos psicológicos y físicos, clasificados en 4 escalas, que miden si existe alguna alteración mental en relación a la salud general. (45)

- **Salud general**

La salud, entendida positivamente, implica los conceptos de integridad, eficiencia y total funcionalismo de mente, cuerpo y adaptación social y la salud desde los conceptos de "bienestar social", "bien antropológico", "Derecho innato de la persona" o bajo la expresión "calidad de vida", pero estos otros términos pueden confundir parcialmente el sentido genuino del vocablo salud. (46)

- **Mujeres en etapa del climaterio**

Climaterio comprende el período durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva, o sea, que señala una transición. El climaterio se divide en 3 etapas.

- Pre menopausia: edad promedio de 35-45 años, comprende desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.
- Menopausia: edad promedio de 46-55 años, después de 12 meses de amenorrea continúa. Este término se refiere a la última menstruación que resulta de la pérdida de la función reproductiva ovárica. Su diagnóstico es retrospectivo y por consenso se necesita un período de amenorrea de 13 meses para decir que ocurrió la menopausia.
- Posmenopausia: edad promedio de 56-65 años, período entre 5 y 10 años subsiguientes a la ocurrencia de la menopausia. (47)

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de investigación

Se realizó una investigación cuantitativa, prospectiva, de corte transversal.

#### 3.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue descriptivo y no experimental.

#### 3.3. Población y muestra

**3.1.1. Población:** Conformado por 1980 mujeres en etapa del climaterio que se atendieron en el consultorio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna a sus controles pre menopáusicos o postmenopáusicos.

##### 3.1.2. Muestra:

**3.1.2.1. Tamaño:** la muestra de estudio estuvo constituida por 100 mujeres a conveniencia de 40 a 55 años, en variante intencional es decir a criterio del investigador que acudieron al consultorio de ginecología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

**3.1.2.2. Tipo de Muestreo:** muestreo no probabilístico

**3.4. Unidad de análisis:**

Conformado por una mujer en etapa del climaterio que se atendió en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna para sus controles pres menopáusicos o postmenopáusicos.

**3.4.1. Criterios de inclusión:**

- Mujeres en etapa del climaterio de 40 a 55 años que se atendieron en los consultorios de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue.
- Mujeres en etapa del climaterio de cualquier estrato social, grado de instrucción, raza o religión.

**3.4.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres en etapa del climaterio con discapacidad auditiva y vocal.
- Mujeres en etapa del climaterio con alteraciones psicológicas.
- Mujeres en etapa del climaterio que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

### 3.5. Operacionalización de variables:

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Unidades/ Categorías	Escala de medición
<b>Climate rio</b>	Es la etapa de transición reproductiva a la no reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Definida por manifestaciones endocrinológicas, biológicas, afectando diversos aspectos físicos, psicológicos, provocando alteraciones y complicaciones en la salud general de la mujer.	Manifestaciones endocrinológicas, biológicas, y psicológicas	Presente Ausente	Por manifestaciones endocrinológicas, biológicas, y aspectos físicos como psicológicos.	Nominal

<b>Percepción general de salud</b>	Percepción, es la capacidad de los seres humanos de verse y reconocerse a sí mismo y de juzgar sobre esa visión y reconocimiento.	A (síntomas somáticos),	Sentirse bien de salud y en plena forma -necesidad de reconstituyente -sentirse agotado y sin fuerzas -sensación de enfermedad -Ha padecido dolores de cabeza -sensación de opresión en la cabeza -Ha tenido oleadas de calor o escalofríos.	Ordinal
	“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. OMS (39)	B (ansiedad e insomnio)	- por preocupaciones perdió sueño -dificultades para dormir - agobiado y tensionado - nervioso y malhumorado -asustado -sensación de que todo se le viene encima - nervioso y “a punto de explotar” constantemente	Ordinal
		C (disfunción)	-Se las ha arreglado	Ordinal

		social)	<p>para mantenerse ocupado y activo</p> <p>-Le cuesta más tiempo hacer las cosas</p> <p>-Hace las cosas bien</p> <p>-Sentirse satisfecho con su manera de hacer las cosas</p> <p>-Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida</p> <p>-capaz de tomar decisiones</p> <p>-Disfrute de sus actividades.</p>	<p>Menos de 10 pts.: bueno</p> <p>Entre 10 a 16 pts.: aparentemente normal</p> <p>Más de 16 pts.: Deterioro de la salud mental</p>	
		D (depresión grave).	<p>-Ha pensado que no vale para nada</p> <p>-Vive la vida sin esperanza</p> <p>-Siente que la vida no merece la pena vivirse</p> <p>-Ha pensado en "quitarse de en medio"</p> <p>-No puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados</p> <p>-Desea estar muerto</p> <p>-Idea de quitarse la vida.</p>		Ordinal

### **3.6. Técnicas y métodos de recolección de datos**

Según Niño R.V., “la técnica de investigación documental aprovecha una gran variedad de fuentes, como las: escritas, auditivas, video gráficas, iconográficas, electrónicas, virtuales, cartográficas y de otro tipo. Es recomendable combinar la técnica documental con la aplicación de otras técnicas de investigación de campo (observación, entrevista, encuesta). Y tres clases de técnicas para el registro de la información: registros manuales, registros por medios electrónicos registros por otros medios.” (48)

Según Ceda H. 1991, “los instrumentos de investigación, capítulo fundamental en el proceso de recolección de datos, ya que sin su concurso es imposible tener acceso a la información para resolver un problema o comprobar una hipótesis. En general, el instrumento resume en cierta medida toda la labor previa de una investigación que en los criterios de selección de estos instrumentos se expresan y reflejan las directrices dominantes del marco, particularmente aquellas señaladas en el sistema teórico, (variables, indicadores e hipótesis) para el caso del paradigma empírico-analítico y las fundamentaciones teóricas y conceptuales incluidas en este sistema.”(49)

La técnica que se utilizó en la investigación, fue la aplicación de un cuestionario para el año 2017. Por su parte la recolección de datos se llevó a cabo a través de un registro de documentación, donde se recogió toda la información derivada de los cuestionarios aplicados.

La recolección de datos se llevó a cabo a través del registro de un cuestionario, que consiste en un instrumento con una serie de preguntas que el encuestado respondió sin intervención del encuestador, para el caso de estudio se aplicó un cuestionario con 28 preguntas a la muestra de estudio. Por consiguiente se recogió toda la información para determinar las dimensiones afectadas, con respecto a los patrones psicométricos empleados por cada cuestionario.

Finalmente se tomó los resultados para el diseño de una base de datos en Excel 2010, el cual se transcribió la información obtenida de la encuesta realizada. Una vez recolectados los datos se procedió al análisis de los mismos mediante tablas y gráficos usando el paquete estadístico SPSS Vs 20. Luego se utilizó las pruebas estadísticas de análisis de frecuencias y descriptivos para las respectivas variables.

### **3.6.1. Instrumentos y equipos**

#### **Ficha técnica del cuestionario Goldberg GHQ 28**

**Nombre del instrumento:** cuestionario que determinó la percepción de la salud general en mujeres en etapa del climaterio que se atendieron en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017.

**Autor:** David Goldberg

**Aplicación:** Individual o colectivo

**Ámbito de aplicación:** mujeres en etapa del climaterio

**Número de ítems:** 28 ítems

**Duración:** aproximadamente 30 minutos

**Materiales:** hoja del cuestionario y del consentimiento informado

**Finalidad:** el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ 28) es un instrumento dirigido a una población general, para la valoración mental y física. Y mide 4 dimensiones: síntomas somáticos, ansiedad-insomnio y depresión. Con fin de detectar problemas de la misma índole, como también problemas crónicos. Para recopilar la información necesaria para el presente estudio, se utilizó el instrumento: cuestionario de salud general de Goldberg 28.

#### **3.6.1.1. Percepción general de salud:**

Aplicación del cuestionario de salud general GHQ-28, valora el estado de salud mental, cuestionario auto administrado de 28 ítems divididas en 4 dimensiones: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión)

grave). Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición.

El cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire), el cual: es una técnica elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente, que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados. El Cuestionario de Salud General fue ideado en 1972 por Daniel Goldberg con el objetivo de identificar alteraciones psíquicas en el ámbito hospitalario y existen múltiples versiones del mismo, variables en cuanto a los ítems, habiéndose impuesto la versión de 28 ítems, el denominado GHQ28, que en pocos minutos interroga al paciente sobre cuestiones de salud mental con similar validez y poder discriminativo que la versión original que consiste de 60 ítems. (21)

El cuestionario se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo de malestar psíquico. Los ítems del test se escogieron de forma

que diferenciaron a los pacientes psiquiátricos como clase de los -no casos-, y por tanto, se centran en el terreno intermedio entre ambas clases: normalidad y un trastorno grave. El Test de Goldberg originalmente no detecta trastornos mayores de dos semanas de duración, puesto que no se interroga a la persona sobre el tiempo que ha sentido los síntomas. En sus inicios este test tampoco detectaba psicosis funcionales como la esquizofrenia o la depresión psicótica, pero en experiencias y aplicaciones más recientes del test, esta concepción del mismo Goldberg, ha demostrado lo contrario puesto que han sido detectados trastornos agudos como los antes mencionados. (50)

El test de Goldberg fue empleado en la presente investigación, fue la versión GHQ-28 (General Health Questionnaire), constituido por 28 ítems, los cuales se distribuyeron en cuatro componentes (síntomas psicósomáticos, depresión, disfunción social de la actividad diaria y ansiedad) de siete ítems cada uno. Las opciones de respuesta para cada uno de los componentes es de cuatro, siendo que con opciones tres y cuatro el individuo recibe un punto o, en otras palabras, manifiesta la presencia de la variable consultada, mientras que con respuestas de opciones uno y dos, recibe cero puntos o refiere inexistencia de la variable.

### 3.6.2. Procesamiento y análisis de datos:

#### Procesamiento:

Para el cuestionario de percepción de salud general el puntaje de Goldberg en general está comprendido entre 0 y 28 puntos y entre 0 y 7 puntos para cada componente del test. Teóricamente, se consideran cinco o seis puntos para cada dimensión. La puntuación puede ser determinada por tres métodos:

- 1) Puntuación leer: asignando valores de 0, 1, 2, 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d).
- 2) Puntuación GHQ: consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.
- 3) Puntuación CGHQ: divide los ítems en dos apartados: los positivos que hacen referencia a la salud (A1, C1, C3, C4, C5, C6 Y C7) y los negativos que hacen referencia a la enfermedad (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0, 1, 1, 1. (31)
- 4) La puntuación media es de 13 – 23. Anotaciones entre 10 y 16, pueden ser considerados como normales. Puntaje por encima de 16 deterioros de la salud mental y por debajo de 10 bajos describe una buena salud mental.

### **Análisis de datos**

Se solicitó al director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, permiso para realizar el cuestionario a las mujeres en etapa del climaterio que acudieron al consultorio de ginecología.

1. Se solicitó al departamento de estadística del hospital el número de mujeres en etapa del climaterio atendidas, para el cálculo del tamaño de la muestra.
2. Se aplicó los instrumentos de investigación.
3. Se realizó el procesamiento y análisis de los datos para la recolección de los resultados.
4. Se realizó la redacción e interpretación final de los resultados.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. Mujeres en etapa del climaterio.**

**Tabla 01**

**MUJERES SEGÚN EDADES, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Datos	Categoría	N	%
Edad	40 A 44	42	42
	45 A 49	17	17
	50 A 55	41	41
TOTAL		100	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

**Interpretación:**

En la tabla 01, podemos observar que las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100) tienen edades que oscilan entre 40 a 44 años (42%), de 45 a 49 (17%) y de 50 a 55 años (41%).

**Tabla 02**

**MUJERES, SEGÚN ESTADO CIVIL, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Datos	Categoría	N	%
Estado Civil	Soltera	12	12
	Casada	46	46
	Conviviente	26	26
	Separada	10	10
	Viuda	6	6
TOTAL		100	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

**Interpretación:**

En la tabla 02, podemos observar que las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100) que el estado civil más predominante es la condición de casada 46%, seguido de las convivientes 26%. Y siendo minoritaria las mujeres climatéricas en la condición de viudas 6%.

**Tabla 03**

**MUJERES, SEGÚN EDAD DE LA ÚLTIMA MESTRUACIÓN, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Datos	Categoría	N	%
Edad de ultima menstruación	Menstrúa	80	80
	<44	8	8
	45 a 49	1	1
	50 a 54	7	7
	>55	4	4
TOTAL		100	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

Interpretación:

En la tabla 03, podemos observar que las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100) además respecto a la edad de la última menstruación, el 80% refieren que aún tienen ciclos menstruales, el 8% refiere que fue antes de los 44 años, seguido de un 7% que refiere dejó de menstruar entre los 50 a 54 años. Y el 4% de mujeres climatéricas después de los 55 años, y el 1% entre los 45 a 49 años.

**Tabla 04**

**MUJERES, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Datos		N	%
Grado de instrucción	Primaria	18	18
	Secundaria	42	42
	Superior	40	40
TOTAL		100	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

**Interpretación:**

En la tabla 04, podemos observar que el 100%, de las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100), el nivel de estudios sobresaliente fue el nivel secundaria 42%, asimismo el 40% fue el grado de instrucción superior.

Y el 18% fue el nivel primario.

**Tabla 05**

**MUJERES, SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Datos		N	%
N° de Hijos	Ninguno	5	5
	1 Hijo	26	26
	2 Hijos	33	33
	3 A Más Hijos	36	36
TOTAL		100	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

**Interpretación:**

En la tabla 05, podemos observar que las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100), refieren que la mayor parte (33%) tiene dos hijos y el 36% tiene tres a más hijos, seguido del 26% tiene solo un hijo, y sin más el 5% no tiene hijos.

**Tabla 06**

**MUJERES, SEGÚN LA CONVIVENCIA, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Datos		N	%
Convivencia	Pareja E Hijos	51	51
	Pareja	20	20
	Hijos	14	14
	Sola	8	8
	Otros Familiares	7	7
TOTAL		100	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

**Interpretación:**

En la tabla 06, podemos observar que el 100% de las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100), el 51% refiere que convive con la pareja e hijos. Por consiguiente el 20% convive sólo con la pareja, seguido del 14% que solo convive con los hijos. No obstante, el 8% refiere que vive sola y el 7% con otros familiares.

**Tabla 07**

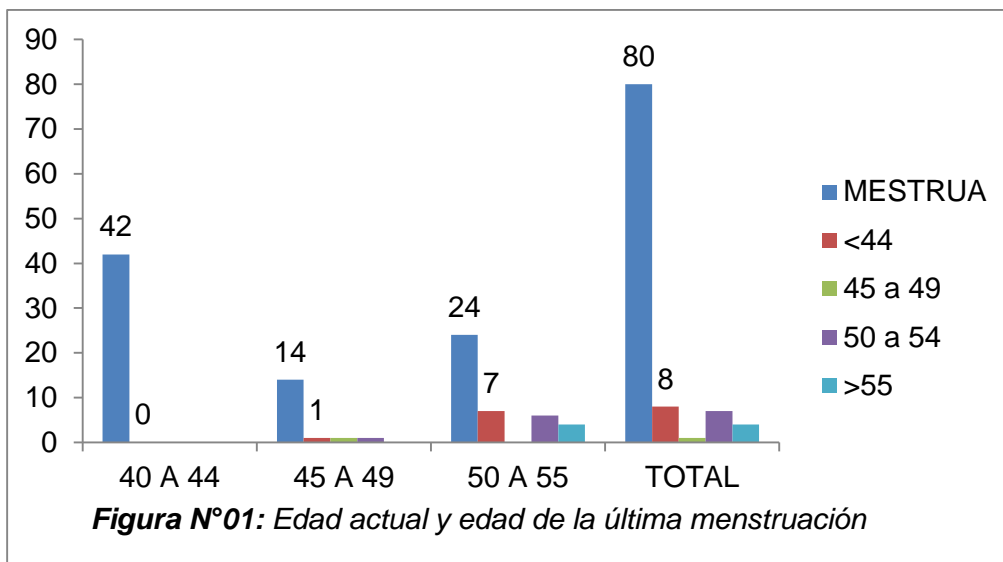
**MUJERES, SEGÚN EDAD ACTUAL Y EDAD DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Edad	Menstrua	Edad de la última menstruación				Total	%
		<44	45 a 49	50 a 54	>55		
40 A 44	42	0	0	0	0	42	42%
45 A 49	14	1	1	1	0	17	17%
50 A 55	24	7	0	6	4	41	41%
Total	80	8	1	7	4	100	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017

Interpretación:

En la tabla 07, podemos observar que la mayor parte de las mujeres en etapa del climaterio tienen aún ciclos menstruales, el 42% entre las edades 40 a 44 años, el 14% entre las edades 45 a 49 años y el 24% entre 50 a 55 años. Sin embargo el 7% dejó de menstruar antes de los 44 años, el 6% entre los 50 a 54 años y por último el 4% después de los 55 años.



FUENTE: Tabla 7

Interpretación:

Según la figura 01, la mayoría de las mujeres climatéricas de las edades 40 a 44 años tienen ciclos menstruales representando el 42%, seguido del 24% de las mujeres de edades entre 50 a 55 años, y el 14% entre los 45 a 49 años.

**Tabla 08**

**MUJERES, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS Y EDAD DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN, ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

N° Hijos	Edad de última menstruación					Total	%
	Menstrua	<44	45 a 49	50 a 54	>55		
Ninguno	5	0	0	0	0	5	5%
1 hijo	19	6	0	0	1	26	26%
2 hijos	28	2	1	2	0	33	33%
3 a más hijos	28	0	0	5	3	36	36%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

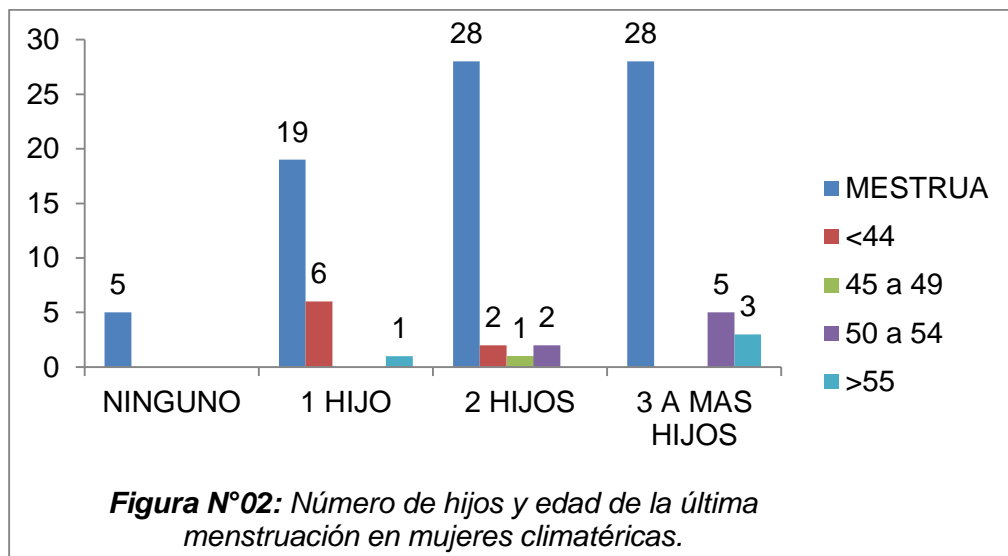
FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

Interpretación:

En la tabla 08, podemos observar que las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100), las que tienen tres a más hijos el 28% aún menstrua, pero el 5% dejó de menstruar entre los 50 a 54 años y el 3% después de los 55 años.

Así mismo las mujeres climatéricas que tienen 2 hijos el 28% aún menstrua, pero el 2% dejó de menstruar antes de los 44 años, al igual que entre los 50 a 54 años y el 1% entre los 45 a 49 años.

Además las mujeres climatéricas que tienen solo un hijo el 19% aún tienen ciclos menstruales, pero el 6% dejó de menstruar antes de los 44 años. Y aquellas que no tuvieron hijos, solo el 5% aún menstrua.



FUENTE: Tabla 8

Interpretación:

Según la figura 02, la mayor parte de las mujeres climatéricas tienen ciclos menstruales y podemos observar que aparentemente existe una relación con la paridad y edad, teniendo en cuenta que los ciclos menstruales no cesan a un mayor número de hijos y sin importar la edad cronológica.

**Tabla 09**

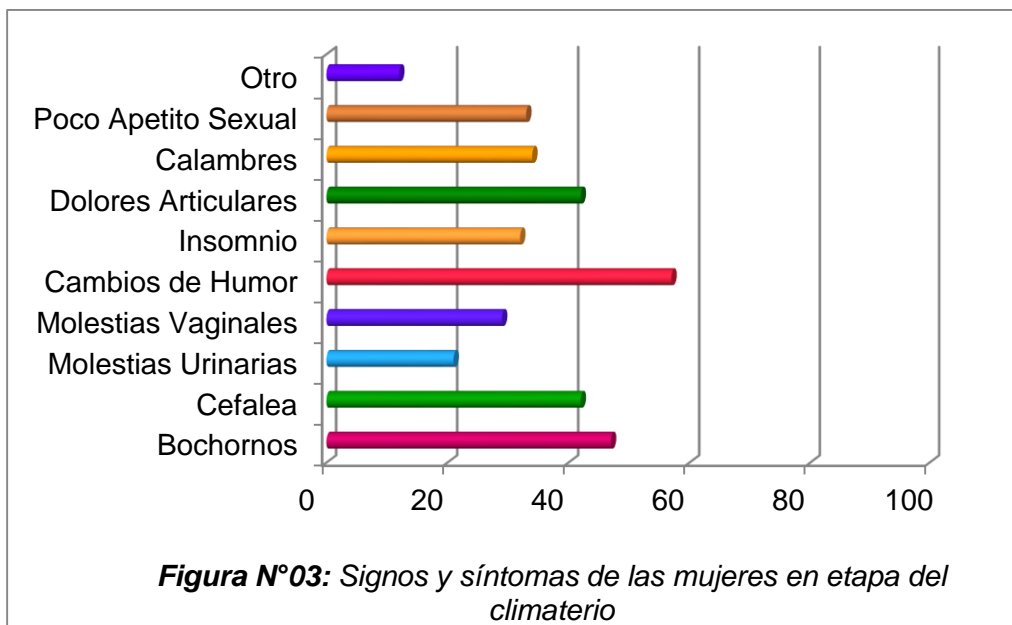
**MUJERES, SEGÚN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Signos y Síntomas	N	%
Bochornos	47	47
Cefalea	41	41
Molestias Urinarias	21	21
Molestias Vaginales	29	29
Cambios de Humor	57	57
Insomnio	32	32
Dolores Articulares	42	42
Calambres	34	34
Poco Apetito Sexual	33	33
Otro	12	12

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

**Interpretación:**

En la tabla 09, se observa que las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100), presentan signos y síntomas, con más predominio los cambios de humor 57%, bochornos 47%, cefalea 41%, dolores articulares 42%. Otros no tan poco frecuentes como: insomnio 32%, calambres 34% y poco apetito sexual 33%. Y los menos frecuentes: molestias vaginales 29%, molestias urinarias 21% y otro 12%.



FUENTE: Tabla 9.

Interpretación:

Según la figura 03, las mujeres en etapa del climaterio, presentan diversos síntomas y signos, pero con más predominio los cambios de humor, seguido de bochornos, dolores articulares y cefalea. Los cuales esencialmente corresponden a la primera y segunda etapa del climaterio.

**Tabla 10**

**MUJERES, SEGÚN EDAD ACTUAL Y SIGNOS Y SÍNTOMAS, EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Signos y Síntomas	Edad			Total
	40 A 44	45 A 49	50 A 55	
Bochornos	24	13	10	47
Cefalea	17	13	11	41
Molestias Urinarias	13	5	3	21
Molestias Vaginales	16	5	8	29
Cambios De Humor	20	14	23	57
Insomnio	9	12	11	32
Dolores Articulares	13	9	20	42
Calambres	15	8	11	34
Poco Apetito Sexual	20	7	6	33
Otro	5	1	6	12

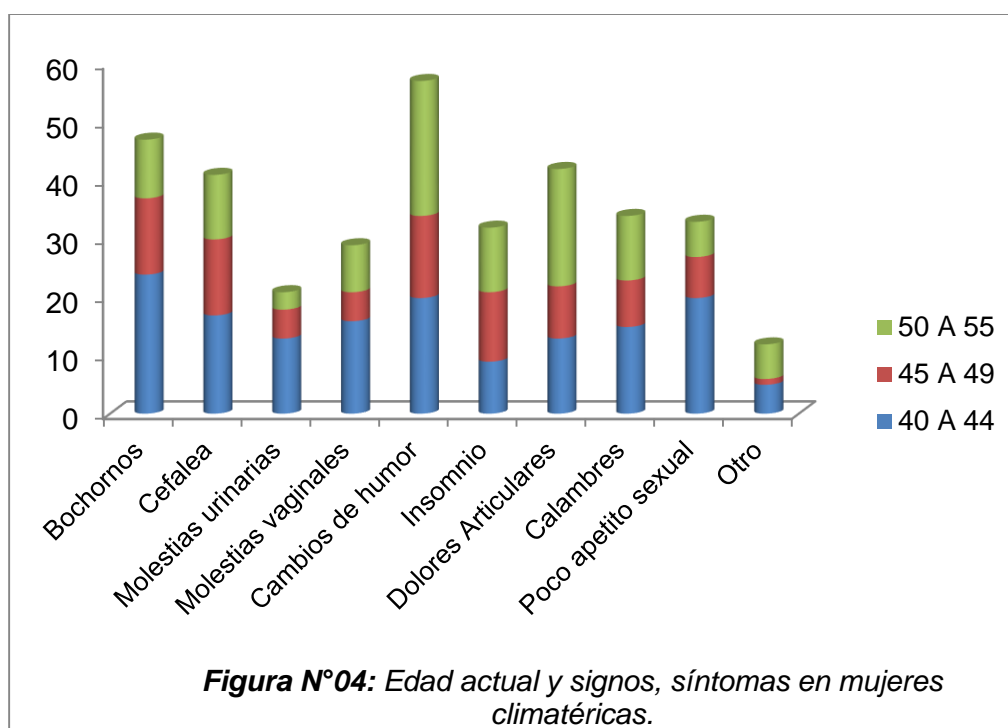
FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue de Tacna, 2017.

**Interpretación:**

En la tabla 10, se observa los síntomas y signos presentados en las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100), en las edades entre 40 a 44 años, con más predominio los bochornos 24%, cambios de humor 20% y poco apetito sexual 20%. Por consiguiente los menos frecuentes como: cefalea 17%, molestias vaginales 16% y calambres 15%.

Así mismo entre 45 a 49 años de igual manera los bochornos 13%, cambios de humor 14% y cefalea 13%. Y en un mínimo porcentaje, insomnio 12%, dolores articulares 9% y calambres 8%.

Por ultimo entre 50 a 55 años los cambios de humor 23% y dolores articulares 20%. Como también menos frecuentes los calambres 11%, cefalea 11% y bochornos 10%.



FUENTE: Tabla 10

Interpretación:

Según la figura N04, entre 40 a 44 años se presentan signos y síntomas de la primera etapa del climaterio, al igual que entre 45 a 49 años. Y entre 50 a 55 años hace referencia a la segunda etapa del climaterio.

**Tabla 11**

**RELACIÓN DE CON QUIÉN VIVE Y SÍNTOMAS DE LAS MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

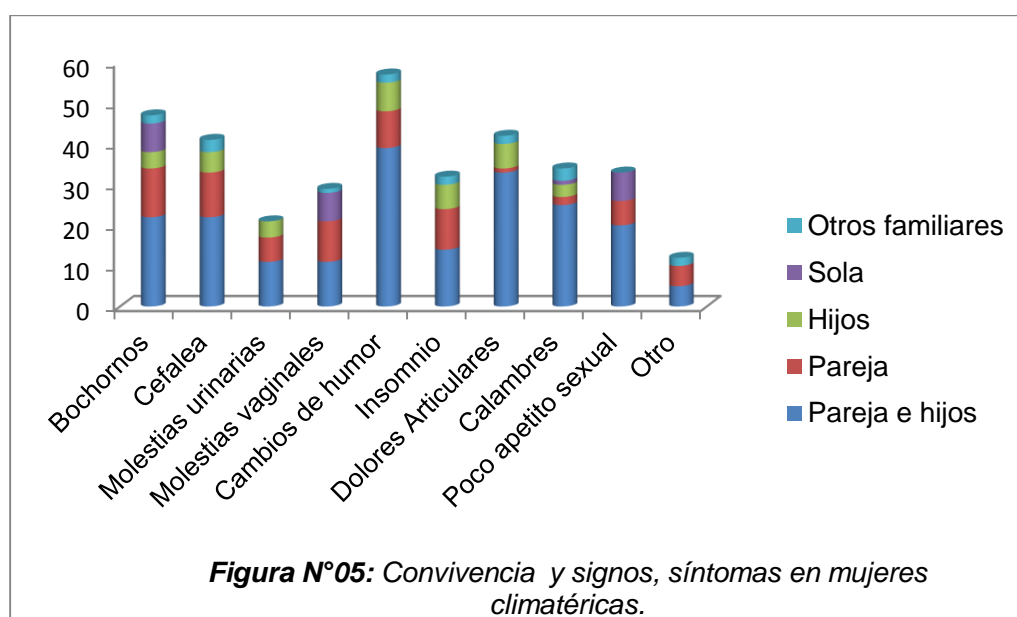
Síntomas	Vive con					Total
	Pareja e Hijos	Pareja	Hijos	Sola	Otros Familiares	
Bochornos	22	12	4	7	2	47
Cefalea	22	11	5	0	3	41
Molestias urinarias	11	6	4	0	0	21
Molestias vaginales	11	10	0	7	1	29
Cambios de humor	39	9	7	0	2	57
Insomnio	14	10	6	0	2	32
Dolores Articulares	33	1	6	0	2	42
Calambres	25	2	3	1	3	34
Poco apetito sexual	20	6	0	7	0	33
Otro	5	5	0	0	2	12

FUENTE: Cuestionario aplicado a mujeres climatéricas del Hospital Unanue De Tacna, 2017

Interpretación:

En la tabla 11, podemos observar la convivencia de las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100), refieren que las mujeres que conviven con pareja e hijos el 39% presenta cambios de humor, el 33% dolores

articulares y 22% presenta bochornos y cefalea. Como también las mujeres que conviven con la pareja presentan: el 12% bochornos, el 11% cefalea, y el 10% molestias vaginales e insomnio. Además aquellas que solo viven con sus hijos presentan: el 7% cambios de humor y el 6% insomnio y dolores articulares. Y aquellas que viven solas solo presentan el 7% de bochornos, molestias vaginales y poco apetito sexual. Sin embargo las que conviven con otros familiares, presentan síntomas en un mínimo porcentaje 3% como: cefalea y calambres.



FUENTE: Tabla 11

Interpretación:

Según la figura N11, las mujeres en etapa del climaterio que conviven con la pareja e hijos están más predisponentes a presentar los síntomas, todo lo contrario a las mujeres que conviven con otros familiares o solas.

**Tabla 12**

**PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2017.**

Puntaje	Síntomas Somáticos	Ansiedad e Insomnio	Disfunción Social	Depresión
<10	24	33	8	62
10 A 16	34	28	61	27
>16	42	39	31	11
Total	100	100	100	100

FUENTE: elaboración a partir del SPSS 22. (2017)

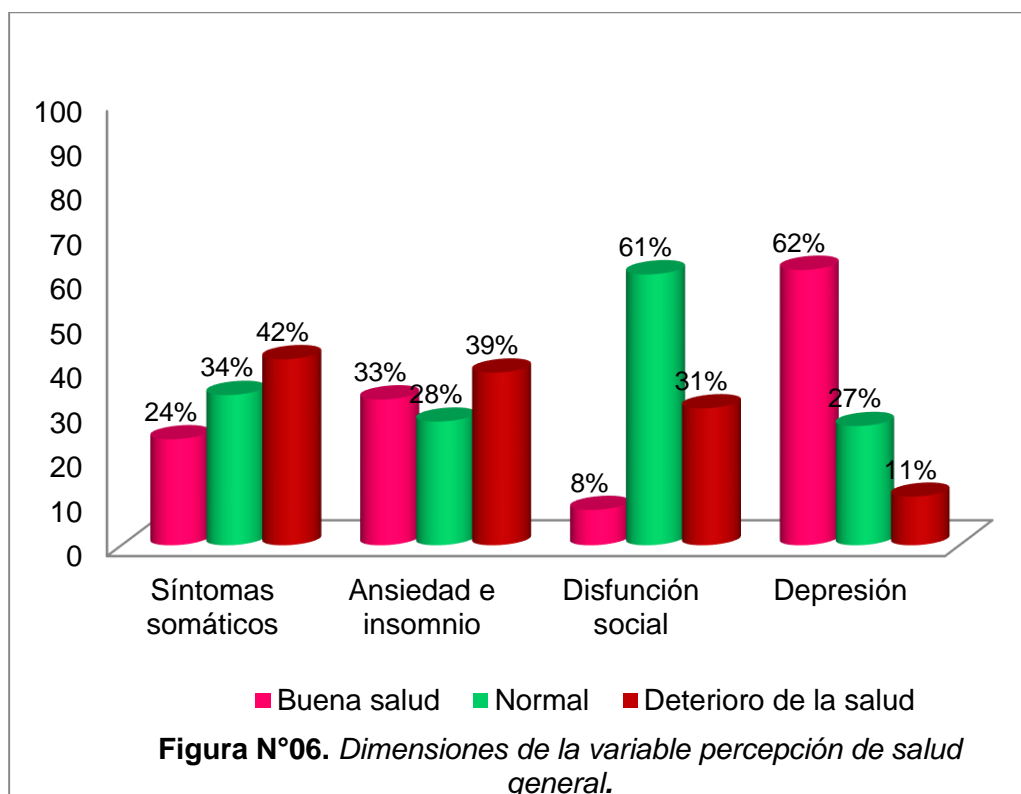
Interpretación:

En la tabla 12, que corresponde a la percepción de salud general de las mujeres en etapa del climaterio encuestadas (N=100), según el baremo del cuestionario, se obtuvo que:

Para el puntaje dado, inferior a 10 puntos corresponde a una percepción de salud general buena siendo menos vulnerada la dimensión depresión 62%.

Entre 10 a 16 puntos corresponde a una percepción de salud general aparentemente normal, es la dimensión disfunción social 61%.

Por otro lado, más de 16 puntos corresponden a un deterioro de la salud mental, la cual menos acentuada es la dimensión depresión 11%.



FUENTE: Tabla 12

Interpretación:

Asimismo, las dimensiones de la percepción de salud general de las mujeres en etapa del climaterio del hospital Hipólito Unanue de Tacna, las más agravadas fueron síntomas somáticos 42%, como también ansiedad e insomnio 39%, disfunción social 31% y finalmente depresión 11%.

## DISCUSIÓN

La presente investigación permitió identificar la percepción de salud general de mujeres en etapa del climaterio del hospital Hipólito Unanue de Tacna, además de la condición sintomatológica de las mismas.

Se destaca que las edades promedio de mujeres climatéricas en este estudio fueron de 44 a 44 años y 50 a 55 años. Los grados de instrucción promedio fueron secundarios y superiores. El estado civil promedio fue de casada. Por otro lado, la edad de última menstruación en su mayoría un 80% aun menstrúa, el número de hijos promedio fue de 3 a más hijos y respecto a la convivencia se desatacó la de pareja e hijos.

La mayor parte de las mujeres en etapa del climaterio tienen aún ciclos menstruales, el 42% entre las edades 40 a 44 años, el 14% entre las edades 45 a 49 años y el 24% entre 50 a 55 años.

Por otro lado, las cuales tienen de tres a más hijos el 28% aún menstrua, pero el 5% dejó de menstruar entre los 50 a 54 años y el 3% después de los 55 años. Las que tienen 2 hijos el 28% aún menstrua, pero el 2% dejó de menstruar antes de los 44 años, al igual que entre los 50 a 54 años y el 1% entre los 45 a 49 años.

La atención de la mujer climatérica debería ser integral y estar relacionada a la sintomatología como son los cambios físicos y psicológicos. La conducta responsable de una mujer climatérica debe adoptar estilos de vida

saludables y cambios de conducta frente a los hábitos nocivos. Además se ha evidenciado que las mujeres climatéricas sufren estos cambios que de alguna manera afecta su vida cotidiana, ya que existe una mayor apreciación en cuanto a los casos que se van suscitando frente a los cambios propios de esta etapa.

Además la sintomatología se evidencia en esta etapa, pero con mayor énfasis: los bochornos 47%, cefalea 42%, cambios de humor 57% dolores articulares 42%, insomnio 32%, calambres 34% y poco apetito sexual 33%.

Y según las edades entre 40 a 44 años, con más predominio los bochornos 24%, cambios de humor 20% y poco apetito sexual 20%. Así mismo entre 45 a 49 años de igual manera los bochornos 13%, cambios de humor 14% y cefalea 13%. Por último entre 50 a 55 años los cambios de humor 23% y dolores articulares 20%. Por lo tanto esta sintomatología corresponde a la primera etapa del climaterio para las edades 40 a 44 y 45 a 49, y para la segunda etapa entre 50 a 55 años.

Sin embargo según el factor sociodemográfico convivencia, aquellas que conviven con pareja e hijos el 39% presenta cambios de humor, el 33% dolores articulares y el 22% bochornos y cefalea. Como también las mujeres que conviven con la pareja presentan: el 12% bochornos, el 11% cefalea, y el 10% molestias vaginales e insomnio. Además aquellas que solo viven con sus hijos presentan: el 7% cambios de humor y el 6% insomnio y dolores articulares. Y aquellas que viven solas solo presentan el 7% de bochornos, molestias

vaginales y poco apetito sexual. Sin embargo las que conviven con otros familiares, presentan síntomas en un mínimo porcentaje como: cefalea y calambres 3%. Es decir, que aquellas que conviven con la pareja e hijos están más predisponentes a presentar los signos y síntomas, todo lo contrario a las mujeres que conviven con otros familiares o solas.

Por consiguiente, diferentes estudios describen la presencia de estos factores en las diferentes etapas del climaterio. Según el estudio de las guías de la Asociación española para estudio de la Menopausia (AEEM) la osteoporosis define un estado de deterioro en la fortaleza ósea que predispone a un riesgo incrementado de fractura. Está relacionada con la edad y la menopausia. Ya que los estrógenos son hormonas esteroideas ováricas que ejercen un potente efecto regulador de los procesos metabólicos de los huesos. (51)

Según el estudio de Sánchez B. algunos de los tratamientos más importantes para la prevención de la osteoporosis incluyen la dieta, el ejercicio y no fumar ni beber bebidas alcohólicas y evitar altas dosis de medicaciones como glucocorticoides, heparina, vitamina A fármacos antiapopléticos. (52)

Las mujeres pre menopáusicas consuman por lo menos 1.000 mg de calcio por día, lo que Incluye calcio en los alimentos y bebidas, además de suplementos de calcio. Y las mujeres posmenopáusicas deben consumir 1.200

mg de calcio al día (total de la dieta y suplementos). Las principales fuentes dietéticas de calcio incluyen la leche y otros productos lácteos, como queso, yogurt y verduras verdes, como la col rizada y el brócoli.

Por lo general se sugiere 600 unidades internacionales de vitamina D al día. Se recomiendan suplementos de vitamina D para todas las pacientes con osteoporosis cuya ingesta de vitamina D esté por debajo de 400 UI por día.

Los datos del Women's Health Initiative (WHI), muestran que la terapia combinada con estrógenos progestágenos redujo el riesgo de fractura vertebral y de cadera en un 34%. Una reducción similar del riesgo de fractura se observó en las mujeres que tomaron estrógenos solos. Los estrógenos tienen la ventaja adicional de controlar los síntomas menopáusicos.

Sin embargo, el estudio WHI encontró que la terapia con estrógenos más progestágenos no reducía el riesgo de enfermedad coronaria, y aumentaba ligeramente el riesgo de cáncer de mama, accidente cerebrovascular y coágulos de sangre. (53)

Es por ello que la mujer climatérica al pasar las etapas iniciales del climaterio podría llegar a presentar enfermedades degenerativas que pueden agravar la salud de la mujer.

En el climaterio los cambios biológicos están presentes y en la muestra de estudio las dimensiones de la percepción de salud general se encuentran en un

estado de salud no favorable, como: los síntomas somáticos (42%), ansiedad-insomnio (39%), disfunción social (31%) y la depresión (11%).

Por otro lado, diferentes estudios describen la presencia de estos factores en las diferentes etapas del climaterio. La depresión se caracteriza por un estado de ánimo deprimido y pérdida de interés frente o placer de diferentes actividades, siendo afecto el factor psicológico, como la dificultad para concentrarse, analizar o tomar decisiones o pensamientos de muerte. Según el estudio de Weissman el diagnóstico más frecuente dado a las mujeres climatéricas (35-65 años) es el episodio depresivo. Por lo tanto claramente existe una relación con la dimensión ansiedad, insomnio y depresión. (54)

En cuanto a la percepción de la salud general se pudo establecer las dimensiones de síntomas somáticos con la sintomatología están presentes, además refieren que las dimensiones de ansiedad e insomnio y disfunción social darían inicio tal vez a desencadenar la depresión a largo plazo según el estudio. Siendo de mucha importancia el objeto de estudio para nuevas investigaciones, y así lograr prevenir el malestar o la afección de este grupo social en nuestra población.

## CONCLUSIONES

- Las mujeres en etapa del climaterio presentan las siguientes características sociodemográficas: el 42% tienen 40 a 44 años de edad, el 46% pertenece a la condición casada, el 80% sigue menstruando, el 42% son del grado de instrucción secundario, el 36% refiere tener más de 3 hijos y el 51% convive con la pareja e hijos.
- Los signos y síntomas de las mujeres en etapa del climaterio más frecuentes son: cambios de humor (57%), bochornos (47%), cefalea (41%) y dolores articulares (42%), siendo este un factor predisponente a desarrollar enfermedades degenerativas. Y con mayor énfasis en aquellas que conviven con pareja e hijos el 39% presenta cambios de humor, el 33% dolores articulares y el 22% bochornos y cefalea. Y en las mujeres que conviven con la pareja presentan: el 12% bochornos, el 11% cefalea, y el 10% molestias vaginales e insomnio.
- La mayor parte de las mujeres en etapa del climaterio tienen aún ciclos menstruales (80%), de las cuales según la paridad, el 28% tiene tres a más hijos, el 28% tiene 2 hijos, el 19% tienen solo un hijo y el 5% no tiene hijos.
- Existe una significativa percepción de la salud general, en cuanto a signos síntomas climatéricos descritos anteriormente, como también los psicológicos, para la calidad de vida y la participación social de la mujer, por lo tanto representa la posibilidad de desarrollar alteraciones de la

salud fisiológica o mental, y la posibilidad de vulnerar aspectos importantes en la vida de las mujeres climatéricas que acudieron al consultorio de ginecología del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018.

- Las dimensiones de la percepción de salud general de las mujeres en etapa del climaterio más afectadas fueron los síntomas somáticos (42%) y la ansiedad e insomnio (39%). Por lo tanto la dimensión menos afectada fue la depresión (62%), por esta razón se evidencia una conservada salud mental, pero un 11% sufre de depresión lo cual es negativo para la salubridad.

## RECOMENDACIONES

- ✓ La atención del profesional de obstetricia, en los establecimientos de salud pueda realizar actividades educativas preventivas promocionales a través de sesiones educativas, consejería y talleres de salud, en relación a los cambios tanto físicos y psicológicos y en general, estos sean dirigidos a las mujeres climatéricas, para la prevención de las enfermedades degenerativas y su oportuna derivación a centros de salud de mayor complejidad con fin de recibir el tratamiento idóneo. Por lo consiguiente, se evidencie una mayor concientización en esta etapa tan importante de la mujer, a medida de ir adoptando estilos de vida saludables.
- ✓ Crear planes educacionales en consulta externa de centros de salud y hospitales para el chequeo ginecológico, ya que la educación es la mejor herramienta de prevención, antes de la etapa pre menopaúsica como también durante el climaterio.
- ✓ Implementar un programa de manejo en consulta externa para el climaterio, tomando en cuenta el aspecto fisiológico además del psicológico, ya que puede mejorar la perspectiva de esta etapa y así podremos tener una visión diferente, de modo que se logrará tomar con naturalidad como una etapa más de la vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Salvador J. Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. Revista peruana de ginecología y obstetricia. Universidad peruana Cayetano Heredia, 2008; 54: 61- 78
- 2) Berek J. Ginecología de Novak.13a edición.México: Editorial McGraw-Hill. 2003.
- 3) INEI. Perú. Estimaciones y proyecciones de la población 1950-2050. Boletín de análisis demográfico N 35. MINSA. Lima 2001.
- 4) Instituto nacional de estadística e informática-INEI. Encuesta demográfica de salud familiar (ENDES). Mujeres de 30-49 años de edad que están en la menopausia, según grupo de edad Perú, 2012.
- 5) Zamora L. Alteraciones de la sexualidad en la menopausia. Tesis bachiller, Universidad del Zulia, Venezuela 2013.
- 6) Valdiviezo F. González M. Autoestima en mujeres en etapa de climaterio.Tesis licenciatura: Universidad Veracruzana México, 2010.
- 7) Sordia H. Menopausia: La severidad de su sintomatología y su depresión. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España, 2009.
- 8) Castañeda R.J. Relación del uso o no de la terapia estrogénica con la calidad de vida de las mujeres en el climaterio y menopausia, departamento de ginecología y obstetricia, Hospital Roosevelt. .Tesis para el grado académico de magister, Universidad Rafael Landívar. Guatemala 2014.

- 9) Fang H. Calidad de vida en las mujeres en climaterio. Tesis para maestría, Universidad autónoma de nuevo león, Mexico 2004.
- 10) González A.A. Percepción del funcionamiento familiar y su relación con la sintomatología climatérica en mujeres usuarias de un centro de salud de nivel primario. Dirección de Postgrado: Universidad de Concepción Chile, 2015.
- 11) Gutiérrez G.S. Tratamiento cognitivo- conductual en la menopausia, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, 2006.
- 12) Escobar AL. Factores sociodemográficos y calidad de vida según la escala de puntuación menopáusica en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al su centro de salud de Huachi chico, Cantón Ambato, periodo octubre 2014 a enero del 2015. Tesis, Universidad Técnica de Ambato Ecuador, 2015.
- 13) Guarino L., Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo, Venezuela, Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 2: 179-188, 2010.
- 14) Guarino L., Borrás S., Scremín F. Diferencias individuales como predictoras de la salud y calidad de vida percibida en embarazadas, Caracas Venezuela, 2012
- 15) Lecca CS, Pinchi RN. Relación entre nivel de conocimiento y la actitud frente al climaterio en mujeres atendidas en el Hospital II-2- Tarapoto. Tesis, Universidad Nacional de San Martín, 2012.

- 16) Cornejo C.V. Relación de los estilos de vida y los síntomas climatéricos en mujeres peri menopáusicas atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho, tesis para la licenciatura, universidad nacional mayor de San Marcos Perú, 2014.
- 17) Urzúa R. Artículo de Revisión. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile. .RevMed Chile 2010; 138: 358-365
- 18) Laín E. Antropología médica, Salvat, Barcelona 1978, 187-195, "¿Qué es la salud?", Barcelona, 1988. p.123-126.
- 19) Gracia D. "Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud", Labor Hospitalaria 219 (1991) 11-14.
- 20) Salud Mental. Washington, Organización Mundial de la Salud. 2013. Availablefrom: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)
- 21) Michel K. Torale J. Medición del nivel de salud auto-percibida de una población rural del departamento de san pedro a través de la aplicación del cuestionario de Goldberg -ghq12- en el idioma guaraní, jefe de investigaciones, cátedra y servicio de psiquiatría. facultad de ciencias médicas, universidad nacional de asunción. Paraguay, 2013
- 22) Pascual P. Cerecedo P. Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. Miembro del GdT Salud Mental de la FYC. Azpilagaña, España, 2015. AMF 2015;11(5):281-286

- 23) Civeira, J., Sánchez, L., Martín, M., Abril, A. & Díez, A. Diferencias sintomatológicas en la mujer depresiva con relación al climaterio. *Psicopatología*, 8 (3), 183-195. 1998
- 24) Strickland B. La menopausia. En E.A. Blechman & K.D., Brownell. *Medicina Conductual de la Mujer*. Barcelona: Martínez Roca. 1992
- 25) Hunter M. S. Los efectos de la terapia de estrógeno en el estado de ánimo y el bienestar. En G. Berg, y M. Hammar (Eds), *La gestión moderna de la menopausia*. Londres, Parthenon, 1993.
- 26) Fernández E. Magnani, E. Fernández J.M. & Fernández-Arcilla (2000). *Menopausia ¿Qué es?* Madrid, 2000
- 27) Sharley, K.M., Bearpark, H. M., Acebo, C., Millman, R.P., Cavallo, A. & Carskadon, M.A. Effects of menopausal status on sleep in midlife women. *Behavioral Sleep Medicine*, 1(2), 69-80. 2003
- 28) Guarino L.; Feldman, Lya; Roger, Derek. La diferencia de la sensibilidad emocional entre británicos y venezolanos. Universidad de Oviedo Oviedo, España. vol. 17, núm. 4, 2005, pp. 639-644
- 29) Korman G. Sarudiansky M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. UCES, Argentina, 2011. Vol. 15, Nº 1, 2011. Pág. 119-145, ISSN impreso: 1666-244X
- 30) Vázquez F., Muñoz R., Becoña E. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. Universidad de Santiago de Compostela. España, 2000. *Psicología Conductual*, Vol. 8, Nº 3, 2000, pp. 417-449

- 31) Florencia D. M. Psicobiología del Estrés. Universidad De Buenos Aires, Facultad De Psicología. Argentina, 2012.
- 32) Ariola y Pérez. Inteligencia emocional: teoría y praxis en educación, universidad centroccidental "Lisandro Alvarado", Venezuela. 2003 revista iberoamericana de educación (issn: 1681-5653)
- 33) Goleman, D. teoría de la inteligencia emocional de Daniel Goleman.1995
- 34) Goleman D. Inteligencia emocional. Editorial: Kairós ISBN: 9788472453715. 2002
- 35) Marín, R.M., Sánchez- Canovas, J, Donat, F., Dupuy, M.J. y Salas, D. Acontecimientos vitales más frecuentes en mujeres de 45-64 años. Repercusión como estresores psicofísicos. Atención Primaria, 17(8), 512-516. 1996.
- 36) Matthews A., Wing R., Kuller H., Meilahn N. Influencias de las características psicológicas de la menopausia natural y los síntomas de las mujeres sanas de mediana edad. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58 (3), 345 - 351. 1990
- 37) Sánchez-Cánovas, J., Marín Torrens, R.M., Donat. Relaciones entre salud física, estrés, estilos de vida saludables y apoyo social: un estudio exploratorio en mujeres climatéricas. Memoria de investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo, Proyecto FISS nº 94/0565. 1995
- 38) Organización mundial de la salud Investigaciones sobre la menopausia: Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS. (Serie de informes técnicos nº 670). 1981

- 39) Dawood MY, Tidey GF. Problemas actuales de la menopausia en obstetricia. *Ginecologia Fértil* 1993; 16:169-208.
- 40) Parmley TH, Woodruff JD. Oclusion vaginal completa en mujeres post menopausicas. *Obstet Gynecol* 1975; 46:235-238.
- 41) Albrigh F, Smith PH, Richardson AM. Postmenopausia y osteoporosis. *JAMA*
- 42) Canto T., Polanco-Reyes L. Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. Depto. de Biología de la Reproducción, Centro de Investigaciones Regionales. Universidad Autónoma de Yucatán, México. *Rev Biomed* 1996; 7:227-236.
- 43) DRAE, Diccionario Real Academia Española
- 44) Vargas M. L., Sobre el concepto de percepción. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, México, 1994. *Alteridades*, vol. 4, núm. 8, 1994, pp. 47-53
- 45) Organización mundial de la salud. *Official Records of theWorldHealthOrganization*, 1948. N° 2, p. 100.
- 46) Bowling .A, La medida de la salud. S.G Editores, Masson, Barcelona,1994.
- 47) Hernández S. M., Álvarez B. G. Climatério. Especialista de I Grado en MGI. Bolivia, 2005
- 48) Niño R.V. Metodología de la Investigación: diseño y ejecución. Primera edición, ISBN. 978-958-8675-94-7, Colombia, Bogotá 2011.

- 49) Cerda H. Metodología de la investigación II, cap. 7, Medios, Instrumentos, Técnicas y Métodos en la Recolección de Datos e Información, Bogota 1991.
- 50) Torales J., Medición del nivel de salud auto-percibida de una población rural del departamento de San Pedro a través de la aplicación del cuestionario de Goldberg -ghq12. Paraguay, 2007.
- 51) Guías de la asociación española para estudio de la menopausia (AEEM)
- 52) Sánchez B. Osteoporosis, prevención y tratamiento. AEEM. Barcelona, España. 2013.
- 53) Marcia I. Stefanick. The Women's Health Initiative(WHI) Postmenopausal hormone trials: Overview and Baseline characteristics of participants. New York. Ann Epidemiol 2003;13:s78–s86 aep vol. 13, no. s9
- 54) Weissman M., y Boyd, J. Desordenes afectivos: Epidemiologia. En H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.) IV. (Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins. (1985)

# **ANEXOS**

1. ANEXO 01: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Marco Metodológico	Variables	Operativización
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Cuál será la percepción de salud general en mujeres climatéricas del hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú 2017?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>- Identificar la percepción salud general en mujeres climatéricas, del hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú 2017.</p> <p><b>Objetivo Específico</b></p> <p>- Determinar las características sociodemográficas de las mujeres en etapa de climaterio que se atienden en el hospital Hipólito Unanue de Tacna,</p>	<p><b>Diseño de investigación:</b></p> <p>el presente estudio es de diseño descriptivo y transversal.</p> <p><b>Población:</b></p> <p>la población del estudio es de 1980 mujeres climatéricas que acudieron al hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú 2017.</p>	<p>Variable 01</p> <p>Percepción de salud general</p> <p>Variable 02: Climaterio</p>	<p>Percepción de salud general:</p> <p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades</p> <p>El climaterio es la etapa de transición reproductiva a la no reproductiva y la pérdida de la función ovárica.</p>

	<p>Perú 2017.</p> <p>- Analizar la percepción general de la salud en mujeres climatéricas del hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú 2017.</p> <p>- Determinar las dimensiones afectadas de la percepción de salud general en mujeres climatéricas del hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú 2017.</p>			<p>Etapa definida por manifestaciones endocrinológicas, biológicas, afectándose diversos aspectos físicos como psicológicos, provocando alteraciones y complicaciones en la salud general de la mujer.</p>
--	---	--	--	--

**2. ANEXO 02:**

**INSTRUMENTO O FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1. Edad:
  - 40 a 44 años ( )
  - 45 a 49 años ( )
  - 50 a 55 años ( )
2. Estado civil:
  - Soltera ( )
  - Casada ( )
  - Conviviente ( )
  - Separada ( )
  - Viuda ( )
3. Grado de instrucción:
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior ( )
4. N° de hijos:
  - Ninguno ( )
  - 1 hijo ( )
  - 2 hijos ( )
  - 3 a más hijos ( )

5. Actualmente con quien vive:

Pareja e hijos ( )

Pareja ( )

Hijos ( )

Sola ( )

Otros familiares ( )

6. Edad de última menstruación:

Aún tiene menstruación ( )

Edad: \_\_\_\_ años

7. Marque los Signos y síntomas del climaterio que presenta:

- Bochornos ( )

- Dolor de cabeza ( )

- Molestias urinarias ( )

- Molestias vaginales ( )

- Cambios de humor ( )

- Insomnio ( )

- Dolores articulares ( )

- Calambres ( )

- Poco apetito sexual ( )

- Otro ( ) \_\_\_\_\_

### **Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ28)**

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias.

#### **En las últimas semanas:**

##### **A:**

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

**B:**

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto

- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

**C:**

C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Más activo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Bastante menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- Menos tiempo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Más tiempo que lo habitual

- Mucho más tiempo que lo habitual

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- Más satisfecho que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos satisfecho que lo habitual
- Mucho menos satisfecho que lo habitual

C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- Más útil de lo habitual
- Igual de útil que lo habitual
- Menos útil de lo habitual
- Mucho menos útil de lo habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual

- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

## **D**

D.1. ¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual

- Mucho más que lo habitual.

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual.
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente, lo he pensado

**ANEXO 03:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....co  
n residencia en la Ciudad de.....  
Provincia.....con edad de..... he  
sido informada detalladamente sobre el proyecto de investigación del  
tema de Estudio “Percepción de salud general en mujeres climatéricas  
del Hospital Hipólito Unanue De Tacna, Perú 2017”, que acuden al  
mencionado hospital. Periodo Agosto a Diciembre del 2017”.

Me ha informado que una vez finalizado el estudio se darán a conocer los  
resultados a la institución conservando siempre el anonimato de las  
participantes.

Por lo cual doy la Autorización voluntariamente para que mis datos se  
han utilizados para dicha investigación.

Investigadora: Jackelin Evelin Quispe Supo

Nombre y Firma

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.