

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN LA MUJER
DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACIN LANCHIPA – 2012**

TESIS

Presentada por:

Bach. Patricia Araceli del Rosario Quevedo Porras

Para optar el Título Profesional de:

MEDICO CIRUJANO

TACNA-PERÚ

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN LA MUJER
DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA - 2012

TESIS


Presentada por:

BACH. PATRICIA ARACELI DEL ROSARIO QUEVEDO PORRAS

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente Jurado:


Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
Presidente


Mgr. Alberto Saúl Flor Chávez
Jurado


Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente
Jurado


Dr. Claudio Ramírez Atencio
Asesor

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, Oscar y María, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis segundos padres, mi abuela Emma, y mi abuelo Honorio: mi tercera madre y no menos importante, mi tía Patricia; a mis hermanas y a todos mis tíos, por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

Agradezco a nuestro director, Doctor Claudio Ramírez Atencio, quien a lo largo de este tiempo ha puesto a prueba sus capacidades y conocimientos en el desarrollo de la carrera profesional de medicina.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACION DEL PROBLEMA	5
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 Objetivo general	11
1.2.2 Objetivos específicos	11
1.3 JUSTIFICACION	12
1.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	14

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	16
2.1.1 Investigaciones internacionales	16
2.1.2 Investigación Nacional	20
2.1.3 Investigación Regional	21
2.2 BASES TEORICAS.....	24
2.3 DEFINICION CONCEPTUAL DE TÉRMINOS	73

CAPITULO III
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MATERIAL Y MÉTODOS.....	77
3.2 POBLACION Y MUESTRA	77
3.2.1 criterios de inclusión	78
3.2.2 criterios de exclusión.....	78
3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	79
3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	79
3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS	81

**CAPITULO IV
DE RESULTADOS**

4.1 RESULTADOS.....	82
4.2 DISCUSION	111
CONCLUSIONES	135
RECOMENDACIONES.....	136
REFERENCIAS	137
ANEXOS	146

RESUMEN

En las últimas décadas han surgido cambios en la pirámide poblacional aumentando el número de mujeres postmenopáusicas, esto unido al concepto de calidad de vida, le ha dado mayor relevancia al estudio de las modificaciones que ocurren en esta etapa de la vida. **OBJETIVO:** Determinar la percepción de la calidad de vida y su relación con percepción de la salud en la mujer durante la postmenopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012. **MÉTODOS:** Tipo de diseño descriptivo de corte transversal, con una muestra de 126 mujeres postmenopáusicas con una edad de 56 años a más. **RESULTADOS:** La calidad de vida en sus respectivos dominios tiene una pérdida moderada en: menopausia y salud (53,2%), sintomatología vasomotora (48,4%), envejecimiento (50,4%), dominio psíquico (61,9%), sexualidad (88,9%), relación de pareja (65,1%). **CONCLUSIÓN:** La pérdida moderada de la calidad de vida se relaciona con la regular percepción de salud en la mujer durante la postmenopausia.

PALABRAS CLAVES: mujer postmenopáusica, calidad de vida, percepción de salud.

ABSTRACT

In recent decades there have been changes in the population pyramid by increasing the number of postmenopausal women, this coupled with the concept of quality of life, has given greater importance to the study of the changes that occur in this stage of life. **OBJECTIVE:** To determine the perception of quality of life and its relation to the perception of health in postmenopausal women during Gregorio Albarracin district Lanchipa 2012. **METHODS:** This descriptive cross-sectional design, with a sample of 126 postmenopausal women aged over 56 years. **RESULTS:** The quality of life in their respective domains has a moderate loss: menopause and health (53, 2%), vasomotor symptoms (48, 4%), age (50, 4%), psychological domain (61,9%), sex (88,9%), relationship (65,1%). **CONCLUSION:** Moderate loss of quality of life is related to regulating health perception in women during postmenopause.

KEYWORDS: postmenopausal women, quality of life, health perception.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida, todas las mujeres del mundo van experimentando diversos cambios tanto biológicos, físicos y psicológicos dentro y fuera de su organismo, como la menstruación, embarazo, parto, y finalmente el periodo del climaterio, proceso por el cual la mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo, comprendiendo así tres etapas: premenopausia, menopausia, post menopausia el cual va a generar durante estos periodos diferentes signos y síntomas a desarrollar, que repercuten en el desenvolvimiento físico, psicológico, y social ya que como todos sabemos la mujer cumple un papel importante en el desarrollo del país.

El crecimiento demográfico, ha sufrido variaciones considerables tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, originando una pirámide poblacional con ciertas características peculiares por el incremento acelerado de la población adulta mayor, la OMS prevé que dentro de 30 años la población adulta y adulta mayor llegara a su máxima expresión en cifras demográficas, esto en relación a que la esperanza de vida se ha elevado, esto nos permite ver que la mujer durante su proceso de envejecimiento enfrenta varias etapas

trascendentales en su vida, siendo una de las más importantes la postmenopausia (3).

El envejecimiento constituye un proceso natural e inevitable que se manifiesta mediante cambios en los ámbitos físicos, psicológicos, emocional, social y que puede provocar una serie de eventos indeseados, a lo que se suma un estado fisiológico particular en la mujer que envejece: la postmenopausia (48)

Cerca de 25 millones de mujeres premenopáusicas del mundo entero entran cada año a la etapa postmenopáusica, esto indica claramente la magnitud del problema, y por consecuencia se verán afectadas las condiciones de salud y la calidad de vida de estas mujeres en estas próximas décadas (3).

La mujer durante la postmenopausia, debido a los importantes cambios bio-psicosociales, que en general han sido asociados a la disminución de una calidad de vida que ocurren en la mujer durante esta etapa de su vida, acompañados de una serie de importantes síntomas, relacionados todos con la falla gonadal y el cese definitivo de la actividad estrogénica, no son considerados con gran importancia. Por la incidencia que tienen en la calidad de vida de la mujer, entre ellos destacan los síntomas vasomotores, (sofocos y sudoración), alteraciones menstruales, sequedad de piel y mucosas, especialmente de la vagina, lo cual se acompaña de

problemas sexuales. Cuadros de depresión, que se intercalan con irritabilidad, disminución de la memoria, problemas del sueño, falta de concentración y energía, y posteriormente la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis. Todo esto sucede durante un largo período de su vida (2).

Los cambios que se registran en la mujer durante la transición a la menopausia y finalmente durante la postmenopausia, la afectan directamente y repercuten en su salud mental y física, acompañadas con el deterioro de su Calidad de vida. Por ello, mediante un adecuado proceso educativo al médico en particular y a las mujeres en general, quedaría erradicado el concepto de que la postmenopausia es el principio del fin y por tanto hay que sufrir sus consecuencias como lo sufrieron su madre y su abuela. Todo lo contrario, hay que aprender a vivir la postmenopausia a plenitud, con excelente calidad de vida, pues esta etapa corresponde casi a un tercio del tiempo por vivir (2).

La calidad de vida es: "la percepción de satisfacción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto,

su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La mujer en estos tiempos tiene un lugar preponderante en la sociedad. Es por ello que este estudio de investigación esta referido a la mujer en su calidad de vida y su relación con su salud durante la postmenopausia.

Este estudio de investigación consta de cuatro capítulos, tales como Planteamiento de Problema, Marco teórico, Metodología de la investigación y los Resultados. El capítulo I: Planteamiento del Problema se hace referencia de los fundamentos, formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. En el capítulo II de marco teórico hace referencia a los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. En capítulo III de metodología de la investigación, se plantea el material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos. En el capítulo IV de los resultados consta de: resultados y discusión. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones respectivas, para posteriormente ostentar las referencias bibliográfica y finalmente los anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACION DEL PROBLEMA

El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI ha determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcance el climaterio y que pasa al menos un tercio de su vida de la menopausia a la postmenopausia, esto nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las mujeres en este grupo de edad, el cual se caracteriza por la mayor prevalencia de los procesos crónicos (1). Aunque si bien las mujeres viven más años, también presentan un porcentaje mayor de padecer alguna enfermedad crónica con respecto a los varones.

A partir de los años ochenta y comienzo de los noventa, toma gran importancia la salud femenina como un hecho singular y afortunadamente reconocible. Hasta hace pocos años, en nuestro país, la salud de la mujer había sido enfocada desde el ángulo de la ginecología, es decir, de las enfermedades del aparato genital femenino (2)

El aumento de la expectativa de vida de la población general debida a las mejoras de la educación de la población, condiciones sociales, sanitarias y ambientales, así como el avance del conocimiento científico y de la tecnología médica, ha hecho surgir un interés muy especial por estudiar la calidad de vida que presentan tanto la población general como determinados grupos específicos en particular, cambiándose el enfoque de enfermedad a calidad de vida en este siglo XXI. Uno de estos grupos ha sido la mujer y en especial, la mujer durante la postmenopausia, debido a los importantes cambios bio-psicosociales, que en general han sido asociados a la disminución de una calidad de vida que ocurren en la mujer durante esta etapa de su vida, acompañados de una serie de importantes síntomas, relacionados todos con la falla gonadal y el cese definitivo de la actividad estrogénica, que no son considerados como gran importancia. Por la incidencia que tienen en la calidad de vida de la mujer, entre ellos destacan los síntomas vasomotores, (sofocos y sudoración), alteraciones menstruales, sequedad de piel y mucosas, especialmente de la vagina, lo cual se acompaña de problemas sexuales. Cuadros de depresión, que se intercalan con irritabilidad, disminución de la memoria, problemas del sueño, falta de concentración y energía, y posteriormente la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis. Todo esto sucede durante un largo período de su vida (2).

Una calidad de vida se relaciona con la salud cuando existe salud física y ausencia de enfermedad. En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió la salud como “el completo bienestar físico, mental y social del individuo”. Desde ese momento, la Calidad de vida relacionada con la salud no es más la ausencia de enfermedad física, es mucho más que eso, es un completo bienestar, no es más que una verdadera declaración de felicidad. En 1993 la OMS definió Calidad de vida “como percepciones individuales que tienen las personas en su posición de vida y en el contexto de la cultura y sistemas de valores en el cual ellos viven y en relación con sus metas, estándares y preocupaciones” (2).

Esta definición es muy amplia e incluye seis dominios tales como salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, condiciones del entorno y preocupaciones espirituales. (2)

En nuestro país la población adulta mayor esta en un aumento en un 3.1% anual en todas las regiones y el número de personas de 60 años prolongaran su esperanza de vida en los próximos decenios.

Al respecto las mujeres peruanas según el último censo nacional de población, representan un poco más del 50% de la población total siendo actualmente la expectativa de vida del género femenino de 70,85 años (3), por tanto un tema importante en cuanto a la salud de la mujer es el de la postmenopausia, casi un tercio de la vida femenina es después de la

menopausia. Si bien, la menopausia se refiere al cese de la menstruación resultante de la pérdida de la función ovárica, ésta época significa desde el punto de vista popular cambio de vida lo que en algunos casos es similar a olvidarse de la actividad sexual y vivir una vida diferente (4).

En la actualidad Tacna, tiene una población total de 288.781 y un 49.9% de esta población son mujeres, siendo la esperanza de vida en ellas hasta el 2015 alrededor de los 80 años (INEI 2012). En el momento actual nos encontramos con un crecimiento en esta población. Sin embargo, este crecimiento es heterogéneo y con diferencias.

Es un problema de salud en nuestro país, y en la región, ya que están menos preparados para manejar una población que envejece rápidamente y tienen que afrontar este problema en un futuro próximo. Las mujeres constituyen la mayoría de las personas de edad avanzada de los países desarrollados y en desarrollo (4).

La mujer de hoy descubre que no se le ha preparado para el futuro, especialmente en lo psicosocial. El problema actual se observa en las mujeres mayores de 50 años, resultado de una cultura que las deja indefensas cuando llegan a la postmenopausia, en las que a la pérdida de

la fertilidad, se agregan la pérdida de ilusiones y de las realidades que hasta entonces las gratificaban (5).

Por lo tanto el estado melancólico o depresivo tiene su origen no sólo en lo biológico, sino principalmente en una sociedad incomprensiva y egoísta (5).

En lo social, el entorno familiar y la sociedad, los roles adjudicados a la mujer con variaciones socioeconómicas y culturales, según las regiones y las diferentes épocas, influyen definitivamente en la forma en que la mujer vive esta etapa. En consecuencia el médico debe asistir a una paciente que se halla inmersa en su medio social y familiar, con todas las ventajas y desventajas que esto pueda ocasionar. Nos encontramos entonces frente a una mujer que luego de luchar por el bienestar de su familia, llevar adelantada su hogar, criar a sus hijos, muchas veces trabajando al mismo tiempo fuera de su casa, llega a los 45-60 años y más, con un conjunto de logros pero también con frustraciones, exigida a igual que su esposo por la problemática familiar y laboral, la adolescencia de sus hijos y la vejez de sus padres, que también la necesitan y la visión de su propio declinar. A esto se suma una sociedad que hace permanentemente culto a la belleza y a la juventud, pero los conflictos más importantes surgen de la pérdida de la fertilidad, cambios en su sexualidad y del balance entre logros y fracasos, que la hipersensibilizan

y la tornan más lábil. El duelo es más significativo cuando el rol maternal fue exhaustivamente cumplido. Se vive la pérdida de algo que hasta entonces las había gratificado enormemente. Muchas veces lo más importante o lo único relevante en su vida se relacionó con la fertilidad y la crianza de sus hijos. Existen variaciones en la forma en que la mujer enfrenta y vivencia esta etapa, que se relacionan con su hábitat, situación sociocultural, familiar y laboral (5).

La mujer postmenopáusica actual, de acuerdo a su estado psicobiosocial y cultural puede aportar energías renovadoras, diferentes que contribuyan al enriquecimiento personal, familiar y de la propia comunidad en la cual se desarrolla. Es así que el médico tiene la responsabilidad de asesorarla, informarla e insertarla en la etapa que inicia y en el mundo que se avecina, con una perspectiva creativa y con posibilidades de desarrollar otras facetas de su vida a las que nunca se pudo dedicar (5).

Tomando en cuenta que hoy en día la mujer participa en múltiples actividades perteneciendo en gran parte a la población económicamente activa y además el papel de la mujer en el núcleo familiar, surge la necesidad de realizar este estudio de investigación en donde se mantenga a la mujer tacneña hacia las condiciones óptimas y esta pueda desempeñar múltiples actividades en la vida moderna. Tacna no está

ajena a tener una población de mujeres en etapa postmenopáusica es por eso que surge la siguiente interrogante.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida y su relación con la salud en la mujer durante la postmenopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la percepción de la calidad de vida y su relación con percepción de la salud en la mujer durante la postmenopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la percepción de salud de la mujer durante la postmenopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.
- Establecer la percepción de calidad de vida en la mujer durante la postmenopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.

- Relacionar la percepción de la calidad de vida con la percepción de salud en la mujer durante la postmenopausia en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa

1.3 JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas la postmenopausia ha cobrado una relevancia cada vez mayor para el cuidado integral de la salud de la mujer, debido a que los cambios demográficos, dados por el aumento de la expectativa de vida y el descenso en la tasa de mortalidad, han llevado a un envejecimiento paulatino de la población, lo cual se asocia a un cambio en los roles familiares y sociales de la mujer, que guardan relación con una mayor visibilidad y preponderancia de su individualidad, mayor percepción de su corporalidad y conciencia de auto-cuidado. Es un problema de salud en nuestro país, y por ende en nuestra localidad ya que están menos preparados para manejar una población que envejece rápidamente y tienen que afrontar este problema en un futuro próximo. Las mujeres constituyen la mayoría de las personas de edad avanzada de los países desarrollados y en desarrollo. Hay pocos estudios realizados en el Perú sobre postmenopausia.

En el Perú la estructura poblacional está sufriendo modificaciones, por el incremento de la población adulta mayor , sin embargo los servicios sociales y dentro de éstos los de salud no están preparados para absorber las necesidades y requerimientos de éste grupo poblacional lo que los hace más vulnerables a las consecuencias del proceso de envejecimiento por los cambios bio-psico-sociales que experimentarán y la carencia de prestaciones de salud de tipo preventivo promocional para evitar o disminuir enfermedades crónico degenerativas, sentimientos de inutilidad, aislamiento social y familiar.

La postmenopausia se considera dentro de los procesos psicofisiológicos, de causa endocrina, mediados por el estrés y con manifestaciones severas de éste, tales como irritabilidad, alteraciones del sueño, frecuencia cardíaca acelerada, dolores de cabeza, necesidad de tranquilizadores o hipnóticos, signos de ansiedad (sudor, temor, agitación) y depresión (olvido, tristeza, astenia, etcétera), entre otros.

Con este enfoque, se hace evidente lo importante que resulta para el médico, la labor preventiva promocional, dirigida, en lo fundamental, hacia la limitación, y cuando sea posible, hacia la eliminación de estresores físicos y psicofisiológicos.

1.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Calidad de vida</p> <p>La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno</p>	MENOPAUSIA Y SALUD	0-35 puntos	Perdida leve	Nominal
		36-55 puntos	Perdida moderada	
		56-75 puntos	Pérdida grave	
	Sintomatología vasomotora	0-6 puntos	Perdida leve	Nominal
		7-10 puntos	Perdida moderada	
		11-15 puntos	Pérdida grave	
	Envejecimiento	0-13 puntos	Perdida leve	Nominal
		14-22 puntos	Perdida moderada	
		23-30 puntos	Pérdida grave	
	Salud	0-13 puntos	Perdida leve	Nominal
		14-19 puntos	Perdida moderada	
		20-25 puntos	Pérdida grave	
	DOMINIO PSÍQUICO	9-21 puntos	Perdida leve	Nominal
		22-32 puntos	Perdida moderada	
		33-45 puntos	Pérdida grave	
SEXUALIDAD	0-9 puntos	Perdida leve	Nominal	
	10-15 puntos	Perdida moderada		
	16-20 puntos	Pérdida grave		
RELACIÓN DE	0-7 puntos	Perdida leve		

	PAREJA	8-11 puntos	Perdida moderada	Nominal
		12-15 puntos	Pérdida grave	
VARIABLE INDEPENDIENTE Salud Es la percepción del estado de salud que incluye la valoración personal de la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.	PERCEPCIÓN DE SALUD	5-9 puntos	Mala	Nominal
		10-14 puntos	Regular	
		15-20 puntos	Buena	

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1. INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

YABUR TARRAZZI (2010), Venezuela. En un estudio titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer venezolana durante la perimenopausia y la posmenopausia”, cuyo objetivo fue de aplicar un cuestionario de calidad de vida a la mujer climatérica perimenopáusica, premenopáusica y posmenopáusica (Escala Cervantes), y determinar la presencia de síntomas y signos derivados de la falla gonadal, midiendo su frecuencia, duración e intensidad, la muestra estuvo conformada por 1784 mujeres entre 45 y 62 años. Fue un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, Concluyéndose que La falla estrogénica que se presenta durante el proceso de transición a la menopausia y durante la posmenopausia, es en gran parte responsable de las alteraciones sintomatológicas y los cambios biológicos y

psicológicos que se presentan y desmejoran su calidad de vida. (2)

DEL PRADO M, FUENZALIDAA A, JARAA D, FIGUEROA R (2007), Chile. En un estudio titulado: “Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale)”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida, mediante la escala MRS, en mujeres entre 40 y 59 años de edad y estudiar la influencia de factores bio-psico-sociales en la calidad de vida. Fue un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 370 mujeres, la edad promedio del grupo fue de $49,3 \pm 5,8$ años, con un rango de 40 a 59 años. Se llegó a la conclusión: los factores estudiados mediante la escala MRS que afectan la calidad de vida, la menopausia resultó ser el factor estadísticamente más relevante. En donde se asociaron los factores socioeconómicos como la mayor paridad y la menor escolaridad pueden asociarse hacia un mayor riesgo de deterioro de la calidad de vida. Estos resultados debieran instar a los clínicos que atienden a mujeres de edad media a evaluar sistemáticamente la variada sintomatología de la

menopausia y su repercusión en la calidad de vida individual.

(6)

LÓPEZ F (2010), Chile. En un estudio titulado: “Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la menopause rating scale (mrs)”, cuyo objetivo fue identificar la frecuencia e intensidad de los síntomas de la transición menopáusica. Fue un estudio transversal comparativo en 969 mujeres de 45 a 64 años. Para evaluar la severidad de los síntomas climatéricos, se utilizó la Menopause Rating Scale (MRS) Concluyéndose que la severidad de los síntomas de factores psicosociales y culturales. climatéricos se relaciona de la interacción del nivel de hipoestrogenismo con factores culturales y psicológicos. Las mujeres con historia de actividad física regular, caucásicas y con una percepción o actitud positiva frente a la menopausia, manifestaban una sintomatología climatérica significativamente menos severa, reforzando la influencia (7).

ARAYA GUTIÉRREZ (2006), Chile. En un estudio titulado: “Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo”. La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano, es el

resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que en conjunto influyen en la función sexual de las mujeres. La sexualidad se deteriora significativamente en las mujeres durante el climaterio. Las alteraciones más frecuentes son la disminución del deseo sexual, trastornos de la excitación, dispareunia y la incapacidad de alcanzar el orgasmo. Se estima que más de la mitad de las mujeres presenta disfunciones sexuales, lo que aumentaría con la edad. (8)

CAPOTE BUENO.M, SEGREDO PÉREZ.A, GÓMEZ ZAYAS.O (2011). En un estudio titulado: “Climaterio y menopausia: En Cuba se ha reportado que poco más del 40 % de mujeres en la transición a la posmenopausia cursan con depresión de grado diverso y que puede presentarse desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución de apetito sexual, sensación de inadecuación y nerviosismo; todo esto sin contar con el rechazo a los cambios en su autoimagen, que llevan a muchas mujeres a desarrollar una autoestima baja o francamente a perder su autoestima (9).

2.1.2. INVESTIGACION NACIONAL

LLANOS T, F. KONRAD (2004). En un estudio titulado: “Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana”, cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y sintomatología frente a la menopausia en las mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Fue un estudio descriptivo poblacional de tipo corte transversal Se evaluó un total de 97 mujeres de 40 a 50 años de edad, quienes definieron la menopausia como un proceso natural (90.72%), presentando actitudes de alivio (85.56%) y frustración (69.07%) mayoritariamente, con sintomatología prioritaria de cambios vasomotores (44.36%). El 38.14% refirió alteraciones en el estilo de vida por la sintomatología propia de la menopausia. Conclusiones: Aceptación de la menopausia como un proceso normal, con cambios en el estilo de vida en casi un tercio de pacientes. (10)

GONZÁLES Y CARRILLO (1994) Perú. En el estudio titulado “Estudio sobre la Menopausia en el Perú”, en donde ha sido desarrollado para determinar ciertas características de la menopausia en el Perú, con particular énfasis en las

poblaciones nativas y residentes de las grandes alturas. La edad de menopausia en la altura es más temprana que a nivel del mar, siendo menor la misma a medida que se incrementa la altitud de residencia. La sintomatología durante la menopausia es similar a nivel del mar y en la altura. Tanto a nivel del mar como en la altura se observa una disminución en los niveles basales de serotonina en sangre total, con la menopausia. Los resultados demuestran que las poblaciones de altura constituyen un grupo particular en relación a las características de la menopausia y su respuesta frente al estrógeno. Se hacen necesarios nuevos estudios que permitan determinar otros fenómenos asociados a la menopausia como son las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis. (11)

2.1.3. INVESTIGACION LOCAL

VARGAS (2009): En un estudio titulado “Intensidad del síndrome climatérico en relación a calidad de vida en mujeres post menopáusicas de la región de salud Tacna – Minsa 2007”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la intensidad del síndrome climatérico y la calidad de vida en mujeres post menopáusicas. Fue un estudio observacional,

analítico, transversal, prospectivo. Se compararon medias y se relacionó calidad de vida con intensidad de climaterio predominando la intensidad de síndrome climatérico moderada: el 3,2 % no presentó o presentó muy levemente el síndrome y el 96,8 % presentó algún tipo de intensidad: el 11,8 % intensidad leve, el 43,4 % intensidad moderada y el 41,6 % intensidad crítica o severa. Predominó el nivel de calidad de vida regular: el 5,8 % de mujeres expresaron percibir una muy buena calidad de vida, el 32,7 % buena, el 55,8 % regular y el 5,5 % mala calidad de concluyéndose a mayor intensidad del síndrome climatérico, mayor afectación de la calidad de vida.

(21)

VIVANCO (2006) “Perspectivas, Mitos y Realidades sobre el Climaterio en Mujeres que laboran en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Abril 2005 – Abril 2006”. Se reportó que el 28 % presenta sudoración, bochornos 25 %, ansiedad 37 %, falta de concentración 31 %, sequedad vaginal 42 %, disminución del deseo sexual 29 %, disminución de la visión 59 %, agotamiento físico 37 %, dolores musculares 33 %, conocen el objeto del examen de la osteoporosis 97 %, identifican la falta de estrógenos como causa de la

osteoporosis 3 %, al inicio del climaterio el 52 % acudiría al ginecólogo, y 54 % manifiestan que difícilmente resultarían embarazadas en esta etapa (12).

RAMIREZ (2011); en un estudio titulado: “Edad de presentación de la menopausia y nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres climatéricas atendidas en el centro de salud de alto de la alianza del 2008 al 2011”, cuyo objetivo fue conocer la edad de menopausia y nivel de conocimiento sobre menopausia y climaterio en mujeres climatéricas atendidas en el Centro de Salud Alto de la Alianza de Tacna. Fue un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se tomó una muestra de 356 mujeres climatéricas que se atendieron en el Centro de Salud Alto de la Alianza de Tacna. Los resultados fueron que las mujeres climatéricas evaluadas el 46.6% señaló que la etapa de menopausia se presentó entre los 46 – 50 años, 25% entre los 51 – 55 años, 19.4% entre los 41 – 45 años y 9% entre los 35 – 40 años. En cuanto al conocimiento sobre climaterio y menopausia el 94,3% conocen la definición de estos términos, 30.9% conoce los síntomas que tiene el climaterio, 52% conoce que se presentan con diferente intensidad. El 64.3%

piensan que se presentan alteraciones psicológicas durante el climaterio, 68.5% señala que durante esta etapa se presenta autoestima baja. Referente al comportamiento sexual en el climaterio 49.4% piensa que cambia, sólo 22.8% indica que en esta etapa tiene riesgo de embarazarse, 19.9% menciona que debe usar un método de planificación familiar. El 68.8% señala que se debe aumentar el consumo de calcio en esta etapa, 17.4% indica que existe riesgo de presentar enfermedades cardiacas, osteoporosis y diabetes. En cuanto al tratamiento durante esta etapa 43.5% conoce la existencia de medicamentos para mejorar los síntomas del climaterio y el 27.5% opina que todas las mujeres en el climaterio deben usar la terapia de reemplazo hormonal. Conclusión: Las mujeres climatéricas en Alto de la Alianza tienen pobre nivel de conocimientos sobre menopausia y climaterio. (13)

2.2. BASES TEÓRICAS:

DEFINICIÓN CLIMATERIO

Se define como climaterio al periodo de vida de la mujer que marca la transición de la fase reproductiva al estado no reproductivo. El termino climaterio proviene del griego climater (peldaños o

escalones de escalera) y connota una transición gradual con cambios psicológicos y biológicos (14)

FASES DEL CLIMATERIO

➤ Fase Premenopáusica

De inicio poco sintomático, comprende los años anteriores y próximos a la menopausia (35 a 45 años), también se le denomina climaterio temprano, se caracteriza por la aparición de irregularidades del ciclo menstrual y trastornos vasomotores (14)

➤ Fase perimenopáusica

Es el periodo que comprende unos 2 a 5 años antes y después de la menopausia (46 a 55 años), cuando los ovarios comienzan a producir menos estrógenos y se caracteriza por presentar los mayores síntomas climatéricos en el 85% de mujeres. (14)

➤ Fase Menopáusica

La menopausia se define como el cese de los periodos menstruales en la mujer que comprende edades entre 40 y 50 años de edad (del griego meno = mes y pausia = cese), por un periodo de un año. La

menopausia es para el climaterio lo que la menarquia es para la adolescencia (14).

➤ **Fase Post menopáusica**

El término postmenopausia se define como el período que transcurre a partir del último período menstrual, sin tener en cuenta si la menopausia ha sido inducida o espontánea.

También recibe el nombre de climaterio tardío, se inicia después de establecida la menopausia y termina al comienzo de la senectud. El hipoestrogenismo trae, a largo plazo, consecuencias como: sequedad, adelgazamiento de la piel y mucosas, mayor probabilidad de inflamaciones e infecciones, dispareunia, incontinencia urinaria, entre otros. La vista y el oído también sufrirán alteraciones, las hiperlipidemias y los trastornos cardiovasculares e hipertensivos pueden llegar a ser la primera causa de muerte. La osteopenia y la osteoporosis también son de trascendencia, la obesidad (las hormonas sexuales regulan la composición corporal) contribuye a la enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión y dislipidemias. Sin dejar de mencionar que es en esta etapa donde se acentúan entidades médicas propias de la tercera edad, tales como diabetes, la involución senil, el síndrome de Alzheimer y el cáncer (14)

EDAD DE LA MENOPAUSIA

La edad de la menopausia, alrededor de los 50 años, no ha variado a través de las épocas. No parece estar regida por la edad de la menarquia ni por factores socioeconómicos, paridad, peso. Sí es afectada por la altura y pudieran afectarla la tendencia familiar, raza, ruralidad, aborto inducido repetido. En un estudio realizado por Pacheco, con 667 pacientes de la práctica privada en Lima, la edad promedio de la menopausia fue de 48 años. Otro estudio de Coyotupa y col., encuentra que la edad promedio de menopausia es de 48.2 años en Lima y 45.3 años en Cerro de Pasco. Por lo mismo que la mujer cada vez vive más, se considera que los médicos usarán la mayor parte de su tiempo tratando mujeres mayores de 65 años. (15)

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Se puede distinguir, para su mejor comprensión, en cambios locales, en el aparato genital, y cambios generales en el resto del organismo (16).

➤ Cambios Locales

Ovarios y trompas: después de los 35 años de edad el ovario disminuye de tamaño y peso y ocurre el fenómeno de atresia. Los

ovarios no solamente se empequeñecen sino que su superficie se arruga. Hacia los 55 o 60 años, los ovarios no son mayores que una almendra.

La trompa se atrofia y se retrae progresivamente y el ligamento suspensorio del ovario también se retrae, por lo que éste se eleva en la fosa ilíaca.

Útero y vagina: Igualmente el útero se atrofia y se reduce su tamaño y el endometrio deja de menstruar y se retrae, aunque no debemos olvidar que a veces persiste en proliferación y hasta con hiperplasia. La vagina se adelgaza y atrofia. Además, hay sequedad vaginal, dispareunia y prurito.

Vulva, periné y ligamentos: En la vulva se atrofian los labios mayores y menores que permite, en mujeres delgadas, observar la hendidura vulvar desde el exterior. Con frecuencia la mucosa vulvar al tiempo que se atrofia se hace blanquecina y sus rugosidades desaparecen. El periné también se relaja, pues como se sabe los músculos perineales conservan su función y su tono por la acción de los estrógenos. Otro tanto ocurre con los ligamentos del útero, en especial los retináculos que se relajan y atrofian. La consecuencia de todo esto es que la mujer se hace propensa a los prolapsos y

descensos de los genitales, con síntomas tales como tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria, etcétera (16)

➤ **Cambios Generales**

El cese de la función ovárica produce una disminución hormonal de estrógenos, específicamente el estradiol que es el más potente y que expresa con síntomas característicos muy conocidos llamado síndrome climatérico que se presenta en 2 de cada 3 mujeres y los más frecuentes son los siguientes: sofocos, sudoraciones, palpitaciones, parestesias, náuseas, cefalea, insomnio y vértigos. La aparición de los calores se ve favorecida por el estrés, el calor, el alcohol y el ayuno. En nuestro medio, las crisis vasomotoras afectan el 80 % de las mujeres en esta etapa, y guardan relación directa, como ya señalamos, con los disturbios endocrinos. Se ha referido la secuencia calor-taquicardia-enrojecimiento-frío con características de aparición nocturnas y que pueden sucederse con una frecuencia de 3 a 10 en 24 horas (16).

Constitución femenina: Suele modificarse en esta etapa con tendencia a la obesidad en la mayoría de las mujeres, aunque en algunas hay adelgazamiento. Los caracteres sexuales tienden a

atrofiarse y a veces se marca una tendencia a la virilización (virilismo climatérico).

Cambios digestivos: Consisten fundamentalmente en dispepsias, muchas veces atribuidas a alteraciones hepáticas o del colecisto y que, en realidad, no son más que trastornos sui géneris del climaterio. Hay también disquecia, sensación de bola epigástrica y a veces meteorismo.

Cambios circulatorios: Con frecuencia la mujer es propensa al dermatografismo, hiperemias cutáneas y vasospasmos. Hay tendencia a la hipertensión, sofocos, como ya señalamos, y alteraciones en el riego de los miembros con parestesia.

Trastornos nerviosos: Hay gran inestabilidad psíquica, a la cual nos referiremos, cambios de carácter, irritabilidad, insomnio, etcétera.

(16)

➤ **Características Psicosociales**

Los trastornos del psiquismo son importantes. Generalmente la menopausia se ha asociado siempre con cambios de carácter y labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas, el más frecuente es la depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de

estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico y éste la triptofanciclooxigenasa que transforma el hidroxitriptófano en serotonina. Una falta de esta última es la que genera depresión.

Independientemente de lo señalado desde el punto de vista biológico, en esta etapa de la vida es frecuente que ya los hijos son mayores y abandonan el hogar y la mujer, sobre todo si es ama de casa, se siente sin misión, sin cometido. Ocurre lo que se ha dado en llamar el síndrome del nido vacío que añade una carga psíquica negativa al cuadro que tiene y esta expresión psicoconductual puede expresarse en forma de "celos" de mayor o menor intensidad.

Es importante también en esta etapa de la vida la comparación que muchas veces hace la mujer en relación con los estándares de vida en que se ha desenvuelto y que le sirven de referencia, donde ella misma valora sus capacidades físicas, mentales, rasgos de belleza, etcétera. En conclusión, hay una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su autoestima. También surgen preocupaciones de índole laboral y económicas, donde ella se ve menos apta para el trabajo y tiene cerca la jubilación, situación que la pone en desventaja en el contexto familiar (16)

➤ **Sexualidad**

Para algunas culturas, el sexo termina junto con las menstruaciones. Aún en las sociedades más desarrolladas hay prejuicios con la menopausia y su efecto sobre las conductas sexuales.

La sexualidad es, como se sabe, algo mucho más extenso que las relaciones sexuales de la pareja. Abarca un amplio arco de fenómenos emocionales, corporales, intelectuales, éticos, psíquicos y sociales que configuran la existencia del individuo.

Al llegar la etapa del climaterio, estas dimensiones vitales de la mujer se ven afectadas de un modo endocrino, dado por la disminución de los estrógenos, de un modo genital, dado por los cambios anatómicos propios de esa edad (prolapsos, sequedad vaginal, dispareunia, etcétera), en la dinámica de la pareja, donde pueden haber disfunciones en la relación, y por la aparición de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, operaciones generales o ginecológicas (mastectomía, histerectomía, etcétera). Todo esto afecta a la mujer desde el punto de vista psíquico y nervioso y, finalmente, su expresión social suele cambiar, por lo que los factores psicosociales y familiares son determinantes fundamentales de las posibles alteraciones que puedan surgir (16)

Si a lo anteriormente señalado añadimos los cambios en la esfera afectiva que ocurren con frecuencia en esta etapa tales como ansiedad, depresión, sentimientos de culpabilidad, disminución de la autoestima, temores a las enfermedades de transmisión sexual y temor al embarazo, se comprende la importancia que tiene abordar esta esfera en el climaterio.

Además, algunos aspectos de la respuesta sexual se modifican en el climaterio. Disminuye la tensión muscular, el rubor y la intensidad del orgasmo en la mujer. La excitación es más lenta, la erección del pezón es menos intensa y hay disminución de la secreción vaginal. El hombre, por su parte, necesita más estímulo para la erección.

También la pérdida de atractivo físico o la creencia de que la pobre respuesta se corresponde con falta de cariño, puede alterar la relación sexual, así como la falta de comunicación. No obstante, es importante saber que en esta etapa de transición en la vida de las mujeres, éstas continúan teniendo deseos y disfrutan del sexo, y que las normas, hábitos y costumbres determinan en gran medida su conducta sexual.

Se ha destacado la necesidad y la importancia de mantener la sexualidad en estas pacientes, pues estudios realizados han demostrado que el sexo reduce la tensión, hace que la mujer se

sienta más plena y más deseable, ayuda a dormir y proporciona un desahogo físico para las emociones. (16)

➤ **Las Enfermedades Crónicas**

La hipertensión arterial, la obesidad y la cardiopatía isquémica son afecciones cuya morbilidad aumenta durante el climaterio y constituyen la mayor causa de muerte para la mujer en las sociedades desarrolladas.

Es bien sabido que la mujer tiene mucho menos propensión que el hombre al infarto del miocardio. Esta relativa inmunidad se debe a los estrógenos y su acción sobre la lipidemia. Los estrógenos elevan la HDL y disminuyen el LDL y el VLDL por lo que la tendencia a la aterosclerosis y la obstrucción coronaria disminuye con ellos. Las variaciones en el perfil lipídico que ocurre en la menopausia por disminución de los estrógenos y que aumentan las lipoproteínas de baja densidad (LDL) formadas fundamentalmente por colesterol y disminuyen las de alta densidad (HDL) se asocia con la mayor probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y arteriosclerosis (16)

➤ **Riesgo De Cáncer**

Hay un grupo de neoplasias genitales, singularmente las de endometrio, ovario y mama que tienen su máxima frecuencia de aparición entre los 50 y los 60 años. En el cáncer de mama, la mayoría de las publicaciones muestran relación entre la edad de la menarquía y el riesgo de padecer de cáncer de mama y los mismo ocurre en las mujeres que tienen la menopausia por encima de los 52 años.

La obesidad se asocia con esta neoplasia, por favorecer la producción periférica de estrógenos; esta asociación es más evidente en las posmenopáusicas.

En el adenocarcinoma de endometrio se señala un incremento de la incidencia de carcinoma en mujeres que padecieron de metrorragias en la época de la menopausia; se supone que se trata de hemorragias anovulatorias con producción de estrógenos no compensados por la secreción de progestágeno. Igualmente la obesidad es un factor importante en la producción de esta neoplasia y ya hemos señalado la tendencia que tiene la mujer a la obesidad en la menopausia. En relación con el cáncer de ovario se señala que la relación existente es puramente circunstancial (16).

➤ **Osteoporosis**

Hay 2 formas de osteoporosis, una, la involutiva o senil, que se debe sólo a la edad y que es igual en el hombre y la mujer y la verdadera osteoporosis climatérica que es consecuencia tardía de la falta de estrógenos.

La osteoporosis no es una descalcificación del hueso sino una pérdida de la masa ósea que trae como consecuencia la falta de depósito calcáreo, la fragilidad del hueso y las fracturas.

La complicación más frecuente es la de las vértebras, así como la de la extremidad distal del radio y, sobre todo, la de la cadera, con un aumento grande de la morbilidad y la mortalidad. La osteoporosis es más frecuente en la mujer (70 %) que en el hombre (30 %) y es la causa más común de fracturas en la tercera edad.

La osteoporosis no se comprende bien sin conocer el proceso constante de reabsorción del hueso mediante los osteoclastos y de su regeneración gracias a los osteoblastos. En la infancia, en el período de crecimiento, predominan la acción de los osteoblastos, mientras en la posmenopáusica predomina la acción de los osteoclastos. Esta pérdida de la capacidad regenerativa del hueso se relaciona con la pérdida del colágeno y está en dependencia de los estrógenos, pues éstos aumentan la calcitonina (16).

La osteoporosis aumenta con el reposo; si se realiza ejercicio físico disminuye notablemente la salida de calcio del hueso. Lo mismo ocurre con el hábito de fumar, que también saca calcio del hueso.

Los niveles de estrógenos y progesterona de una mujer continúan a disminuir y fluctuar durante algún tiempo, una vez alcanzada la postmenopausia. Por lo tanto, algunos de los síntomas que una mujer puede llegar a experimentar no paran necesariamente de manera inmediata, sino que podrían tardar algún tiempo en desaparecer por completo (16)

RIESGOS PARA LA SALUD DURANTE LA POSTMENOPAUSIA

Sin embargo, también hay cambios y problemas a largo plazo que se producen en las mujeres postmenopáusicas a causa de la disminución de los niveles de estrógenos. Los dos mayores riesgos son la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares.

Huesos: Los estrógenos ayudan a mantener unos huesos saludables al mantener un equilibrio adecuado entre la formación y la destrucción de masa ósea. La disminución en los niveles de estrógeno y los casi inexistentes niveles de progesterona, que también contribuyen a la fortaleza de los huesos, implican pérdida de densidad ósea, lo cual en ocasiones conlleva a la osteoporosis.

Salud cardiovascular: Los estrógenos controlan la producción de colesterol al limitar la formación de placa en las arterias coronarias. Tras la menopausia, los niveles de lípidos, particularmente los niveles de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) o "colesterol malo" incrementan en las mujeres. Los niveles de colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) o "colesterol bueno" disminuyen. Esto implica que es más probable que se almacenen depósitos de grasa en las arterias, y por consiguiente se reduzca el flujo de sangre que llega al corazón (16).

CALIDAD DE VIDA

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población (17).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

La Calidad de Vida ha sido definida como:

- La calidad de las condiciones de vida de una persona
- La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales
- La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta
- La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos (17):

- Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores:
 - ✓ Sociales: se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.
 - ✓ psicológicos: miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales.
 - ✓ ecológicos: miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.
- Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

Una de las pocas instituciones internacionales que ha realizado un esfuerzo significativo por definir y medir la calidad de vida ha sido la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque ya en 1948 había incluido en su definición de salud ideas precursoras del concepto de calidad de vida, fue en 1991, con la creación de un grupo de trabajo para tratar el problema de la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamientos médicos, WHO Quality of Life

Group (WHOQOL Group), cuando desarrolló una importante labor de consolidación. El grupo de expertos llegó a un consenso sobre la medición de la calidad de vida, que debía ser (18):

- Subjetiva: recoger la percepción de la persona involucrada.
- Multidimensional: incorporar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etcétera, incluyendo sentimientos positivos y negativos.
- Variable en el tiempo: la edad, la etapa vital y el contexto en que se encuentra cada persona marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Según la OMS, calidad de vida es: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (18).

El término “calidad de vida” se refiere a una evaluación de todos los aspectos de nuestras vidas, lo que incluye por ejemplo el lugar donde vivimos, el modo como nos comportamos, la satisfacción

laboral, etc. La calidad de vida relacionada con la salud abarca sólo aquellos aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal.

La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos (19)

INFLUENCIAS DE LAS ACTITUDES, EXPECTATIVAS Y ADAPTABILIDAD EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La actitud ante la postmenopausia es un factor muy importante en la evolución de la calidad durante este periodo. Los prejuicios previos sobre el significado y los síntomas que pueden aparecer influyen en la vivencia y repercuten en la calidad de vida. Existen datos clínicos de que las ideas preconcebidas sobre los síntomas que pueden surgir determinan su aparición.

Si una mujer cree que la postmenopausia es el final de la feminidad y que le espera un infierno de síntomas, es más proclive a tener un

importante deterioro de su calidad de vida. La instauración de prejuicios o visiones negativas sobre la postmenopausia, considerándola una enfermedad, se correlacionan con una peor vivencia de ésta. Por el contrario, una visión positiva, como periodo de madurez y una etapa fisiológica de la vida de la mujer, minimiza el impacto sintomatológico.

Las expectativas son también cruciales en la evolución de la calidad de vida. Si las expectativas no coinciden con la realidad, se evalúa como pérdida de calidad de vida. Las mujeres que esperan retener por siempre la juventud se enfrentan al lento declinar del paso de los años con la vivencia de un deterioro de su calidad de vida.

El impacto de las expectativas varía a lo largo del tiempo. Cuando aparece la postmenopausia o cualquier situación nueva o de estrés, se provoca un choque entre la realidad clínica y las expectativas que existían previamente. Durante un periodo de tiempo o periodo de asimilación se produce una pérdida en las puntuaciones de calidad de vida, hasta que sus expectativas se reajustan a su realidad. La mujer postmenopáusica puede hacer esfuerzos para mantener su forma física y preservar su atractivo y aspiraciones.

Según avanza el proceso, reemplaza sus objetivos por otros nuevos, reduciendo sus niveles de estrés y adaptándose a sus nuevas

posibilidades. Durante este periodo de acomodación mejoran algo las puntuaciones de calidad de vida.

Finalmente en algunas ocasiones y habitualmente en etapas muy tardías de la vida puede surgir un nuevo periodo de inmunización, en el que el psiquismo filtra selectivamente los hitos que se alcanzaron en el pasado y se centra más en ellos que en los del momento actual (20)

DIAGNÓSTICO DE CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER CLIMATÉRICA O MENOPÁUSICA

Existen una serie de instrumentos psicométricos para estimar calidad de vida. Hasta ahora, la mayoría de los estudios sobre calidad de vida en la mujer menopáusica están en inglés o han tenido como principal objetivo analizar el efecto que en ésta tiene el tratamiento hormonal sustitutorio, sin embargo, son muy pocos los instrumentos de medición de la calidad de vida diseñados, no sólo como una medida de resultados de ensayos clínicos, sino también para la evaluación clínica y poblacional de los cambios que supone la menopausia en la calidad de vida de las mujeres (21).

Dentro de los instrumentos específicos se puede señalar:

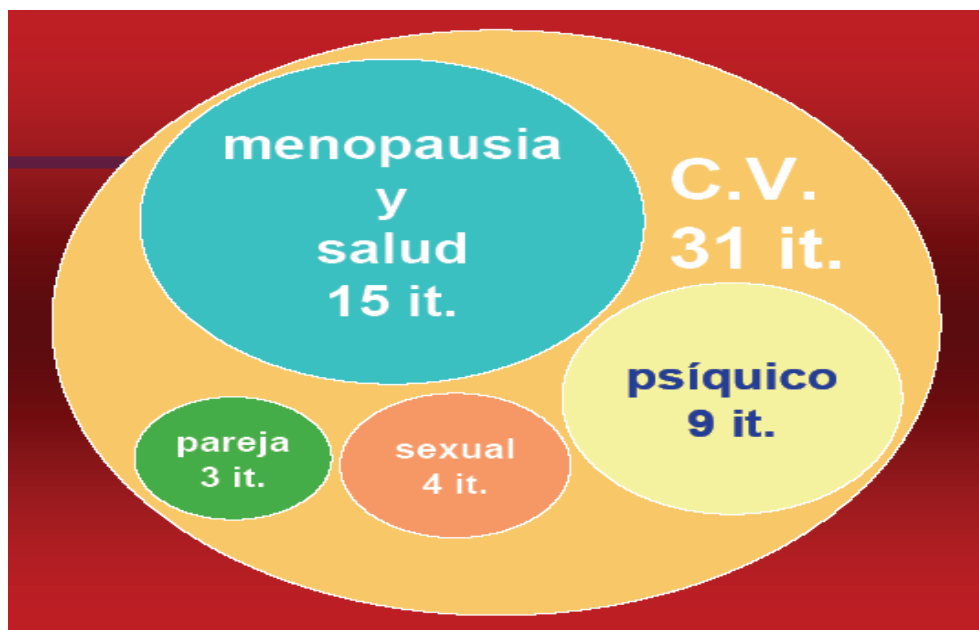
- ✓ Women Health Questionnaire (WHQ). Mide síntomas: vasomotores, somáticos, ansiedad, depresión, sueño, función sexual, cognitiva y social. (WIKLUN)
- ✓ Menopausia Specific Quality of Life (MenQol). Consta de 105 ítems, aunque la versión modificada de Toronto consta de 29 ítems. (HILDTICH)
- ✓ Calidad de Vida en la Menopausia (MENCAV Específico). El cuestionario MENCAV es el primero en español que valora la calidad de vida en las mujeres menopáusicas. Tras un análisis de la validez lógica y la validez de contenido por expertos, ha mostrado un alto grado de consistencia interna. Mostró un valor alfa de Crombach de 0.84. Se validó en 203 mujeres españolas. El cuestionario final, consta de 37 ítems, organizados en dominios o dimensiones: físico, psíquico, relaciones de pareja y soporte social. (BUENDIA)
- ✓ Menopause Rating Scale (MRS), consta de 11 ítems que miden sofocos, ansiedad, alteraciones del sueño, irritabilidad, depresión, palpitaciones, astenia, dolor articular, alteraciones sexuales, síntomas urinarios, sequedad vaginal. Tiene una puntuación de 0 a 4: Ausente, leve, moderado, severo y muy severo. Se validó en 689 mujeres en Alemania. (SCHNEIDER)

- ✓ Greene Climacteric Scale (GCS). Consta de 21 ítems, 4 sub escalas. Mide severidad con puntuación de 4.
- ✓ Menopausal Simpton List (MSL). Consta de 11 ítems, 3 sub escalas. Mide severidad con puntuación de 6. Australia.
- ✓ Utian Scale (UQuol). Consta de 23 ítems, validado en 597 mujeres en 12 centros de Estados Unidos. (UTIAN)64.
- ✓ Escala de Cervantes.

LA ESCALA CERVANTES

Fue elaborada por 39 ginecólogos y validada por juicio de expertos y por métodos estadísticos a partir de 3449 mujeres. Finalmente consta de 31 ítems de calidad de vida y 20 de personalidad. Tiene características: tiempo de administración de 4 a 8 minutos, de fácil comprensión, permite valorar la calidad de vida en la inmensa mayoría de los casos, es de corrección sencilla, rápida y útil (21).

FIGURA 01
DOMINIOS DE LA ESCALA CERVANTES



Tiene consistencia interna sólida, debido a la metodología de su construcción. Además es una escala bastante equilibrada entre sus dominios:

- Menopausia y salud (15 ítems).

Sub dominios:

- Sintomatología vasomotora (3 ítems) : 3, 9, 29
- Envejecimiento (7 ítems): 5, 7, 16, 18, 25, 27
- Salud (5 ítems): 1, 5, 11, 14, 23
- Psíquico (9 ítems): 2, 6, 10, 12, 17, 18, 19, 21, 24
- Sexualidad (4 ítems): 4, 15, 22, 30

- Relación de pareja (3 ítems): 8, 13, 26

La Escala Cervantes, es el primer instrumento de calidad de vida adaptado a la realidad sociocultural y geográfica de la mujer española. En forma de cuestionario, la Escala Cervantes recoge todos los dominios de la calidad de vida de la mujer y aporta al prestador de salud una mejor apreciación de los problemas de la mujer post menopáusica (21).

Diferencias de la escala Cervantes respecto a otras escalas de calidad de vida en la menopausia.

- Es el único método validado en una muestra representativa de población general de un país.
- Incluye mujeres pre, peri y postmenopáusicas
- Posee una composición de dominios diferentes: incluye síntomas menopáusicos

Utilidad de la valoración de la calidad de vida en la clínica diaria

- Mejoría del diagnóstico clínico
- Individualización y priorización de los tratamientos.
- Mejor relación médico-paciente
- Monitorización del tratamiento
- Mejoría del cumplimiento de las terapias

Instructivo para calificar calidad de vida:

➤ Dominio menopausia y salud

Comprende la indagación de hechos relativos al proceso de la menopausia y aspectos de salud percibidos por la mujer post menopáusica. El dominio se clasifica en:

- Perdida leve 0-35 puntos
- Perdida moderada 36-55 puntos
- Pérdida grave 56-75 puntos

✓ Subdominio Sintomatología vasomotora

- Perdida leve 0-6 puntos
- Perdida moderada 7-10 puntos
- Pérdida grave 11-15 puntos

✓ Subdominio envejecimiento

- Perdida leve 0-13 puntos
- Perdida moderada 14-22 puntos
- Pérdida grave 23-30 puntos

✓ Subdominio salud

- Perdida leve 0-13 puntos
- Perdida moderada 14-19 puntos
- Pérdida grave 20-25 puntos

➤ **Dominio psíquico**

Se incluye la indagación de aspectos referentes a la esfera psicológica de la mujer post menopáusica. El dominio se clasifica en:

- Perdida leve 9-21 puntos
- Perdida moderada 22-32 puntos
- Pérdida grave 33-45 puntos

➤ **Dominio sexualidad**

Este dominio incluye la indagación de aspectos de la esfera sexual y conyugal de la mujer post menopáusica. El dominio se clasifica en:

- Perdida leve 0-9 puntos
- Perdida moderada 10-15 puntos
- Pérdida grave 16-20 puntos

➤ **Dominio relación de pareja**

Se incluyen ítems acerca de la relación existente con la pareja de la mujer post menopáusica. El dominio se clasifica en:

- Perdida leve 0-7 puntos
- Perdida moderada 8-11 puntos
- Pérdida grave 12-15 puntos

SALUD

INDICADORES DE SALUD

Los indicadores de salud son medidas que cuantifican y permiten evaluar dimensiones del estado de salud de la población. Representan medidas de resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud. Al unir ambos componentes: estado de salud y desempeño de los servicios, se trata de reflejar la situación sanitaria de una población actual, hacer comparaciones y medir cambios en el tiempo mediante el monitoreo de los indicadores. (22)

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Este indicador ofrece información acerca de cómo perciben los individuos su estado de salud. Es un indicador subjetivo que se obtiene vía encuesta, en la que se pide a los entrevistados que definan su estado de salud como muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo. La valoración del estado de salud percibida, como indicador de la salud general de la población, es un elemento clave para la sostenibilidad, indicativo de la calidad de vida y bienestar de las personas (23)

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en las encuestas de salud. A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas (y variables según responda el propio entrevistado, el médico de familia o un miembro del hogar opinando sobre los demás, se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y otras consecuencias de la misma. La relación entre sexo y valoración de estado de salud es estrecha. Las mujeres suelen percibir peor su, especialmente cuando superan los 50 años, las percepciones positivas disminuyen considerablemente mientras aumentan las negativas. Tras este factor actúa realmente la viudez, la soledad y los menores ingresos.

La valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen. La autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas (24)

Dado el envejecimiento de la población, lo que resulta en una mayor proporción de potenciales enfermos crónicos, con un ingreso económico reducido, los indicadores de salud se han ampliado más allá de lo meramente cuantitativo a lo cualitativo. Estos nuevos indicadores de percepción del estado de salud, más bien conocidos como “Calidad de Vida Relacionada a Salud”, sirven para monitorear la salud de las poblaciones ya no sólo basados en la mortalidad, la morbilidad y las expectativas de vida (22)

Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente. Es así como la anamnesis y la exploración física rara vez proporciona datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar. Los resultados de esos cuestionarios junto con los que se obtienen de la historia clínica y del

examen físico proporcionan información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito (19)

La salud de la mujer esta dada por la percepción de como se siente y como se ve en esta etapa y se mide por:

PERCEPCION DE LA SALUD: Rango de 5 a 25 puntos.

- Mala 5-9 puntos
- Regular 10-14 puntos
- Buena 15-20 puntos

TEORIA DEL ENVEJECIMIENTO

TEORIAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Desde el punto de vista biológico, las teorías que establecen los mecanismos que causan el envejecimiento tratan de explicar como se producen los cambios fisiológicos y las repercusiones funcionales que sufren los tejidos, aparatos y sistemas de las personas. (25)

La dilatada experiencia medica en la atención a la ancianidad y el amplio desarrollo de la investigación biológica, han originado una gran variedad de teorías de carácter biologista. No es nuestra intención hacer una descripción de las mismas, por lo que solo

haremos referencia a las principales orientaciones, diferenciando entre “teorías externas” , basadas en la acción de factores externos al individuo (nutrición, virus, radiaciones, contaminantes), y “teorías internas” , basadas en la acción de factores internos del organismo (teorías neuroendocrinológicas, inmunológicas y metabólicas).

Las Teorías Externas justifican el envejecimiento a través de la identificación de los factores medioambientales que limitan la capacidad del organismo para sobrevivir ante las agresiones externas, ya tengan estos factores un carácter voluntario –como el estilo de vida, nutrición o consumo de sustancias–, o involuntario – como la exposición a los contaminantes del aire, radiaciones, virus, alimentos, agua u otras sustancias–. La acción de estas agresiones determina la lesión de las células, lo que provoca a su vez el deterioro de los órganos y funciones características de las personas envejecidas.

Las Teorías Internas son mucho mas variadas, y hacen referencia a las diferentes circunstancias que limitan la capacidad reproductora de las células o que activan los procesos de destrucción de los tejidos. Por lo general, las teorías Internas justifican los procesos de envejecimiento en el deterioro de los sistemas inmunológico,

neurológico y endocrino, ya que al ser estos sistemas los principales controladores de la actividad corporal, la progresiva reducción de su actividad que se produce con el transcurso de los años, alteraría las funciones metabólicas, inmunológicas, reproductoras y de adaptación, tan necesarias para la conservación y supervivencia del individuo.

El envejecimiento, según estas teorías, es la consecuencia de la interrupción o deterioro de los procesos que regulan el equilibrio con el medio (la homeostasis), manifestándose a través de una falta de equilibrio de las neuronas y hormonas reguladoras, con las consiguientes alteraciones en las funciones controladas por estas. Como prueba de estas teorías, se indica la disminución de la capacidad reproductora, de fuerza y capacidad de recuperación de los sistemas muscular, respiratorio, excretor, etc (25).

TEORIAS SOCIOLOGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

Esta teoría sugiere que la vejez se produce como consecuencia de la pérdida de los roles sociales, y que lo más importante para evitar el envejecimiento es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles y actividades sociales que se

desempeño. Las versiones más actuales de esta teoría (Lemon, Bengston y Peterson: 1972), enfatizan que las actividades sociales pueden actuar como “amortiguadoras” del trauma que supone la pérdida de otros roles más importantes, permitiendo la reconstrucción de la propia imagen del individuo que envejece, y que se ha deteriorado por las pérdidas que se han ido produciendo (25).

El argumento central de esta teoría es que el ajuste a la vejez se produce con éxito si los individuos conservan un nivel de actividad similar al de etapas anteriores de su vida. La teoría no plantea la necesidad de que la persona mayor siga realizando su actividad laboral, sino que busque nuevos papeles que replacen al anterior. Cuando las personas mayores son forzadas por las limitaciones físicas o las necesidades sociales a suspender los papeles útiles, ellas deben desarrollar nuevos papeles si quieren conservar un sentido positivo de uno mismo y un bienestar físico -flexibilidad del rol-. Todo lo cual indicará que se han adaptado con éxito a al vejez (26).

El bienestar en la última etapa depende de la actividad en los roles recién adquiridos. Algunos estudios han comunicado que la relación entre actividad y bienestar de los adultos mayores depende del tipo de actividad en la que intervienen. Otro componente de esta teoría

considera las preferencias de las personas mayores y las elecciones que realizan en cuanto al grado de actividad que desean mantener; para algunas personas mayores, disponer de tiempo para la reflexión tranquila puede ser tan importante como otras actividades más dinámicas (26).

TEORÍA DE LA DESVINCULACIÓN

La Teoría de la Desvinculación (Cummings y Henry, 1961), también llamada del “desapego”, surge en los años sesenta como reacción a la teoría de la Actividad. La desvinculación, que estructura de una manera comprensiva la posición de los mayores en la sociedad, se describe como un “proceso inevitable, en el que muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompen y se altera la calidad de las que se mantienen” por lo que “...el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado, o por los otros miembros de este sistema”.

Esta perspectiva plantea una especie de complicidad entre lo biológico y lo social, que desde el punto de vista del funcionalismo

estructural satisface a ambas partes (anciano y sociedad), ya que para el anciano supone una liberación de las presiones sociales, mientras que a la sociedad le garantiza una transición ordenada de las personas mas jóvenes a los puestos de poder, evitando además que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema (25).

TEORÍA DE LA CONTINUIDAD

La teoría de la Continuidad (Atchley, 1971), a diferencia de las dos anteriores, sugiere que no hay una ruptura radical o una transición brusca entre la edad adulta y la etapa de la tercera edad marcada por la aparición de pérdidas, sino que tan solo se trata de “cambios progresivos, menores, u ocasionales, que permiten mantener una continuidad y estabilidad entre las dos etapas”. Esta teoría plantea que los hábitos, compromisos, preferencias y disposiciones que forman parte de la personalidad de un individuo, tienden a mantenerse a pesar del envejecimiento, y justifica la disminución en la realización de las distintas actividades en función de la pérdida de salud o por las minusvalías adquiridas, y no por una necesidad de desvincularse sentida por las personas mayores. La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos:

1) el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado (y prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos),

2) al envejecer, los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

Atchley (1989) define la continuidad como la “coherencia o la consistencia de los patrones con el paso del tiempo” y considera que permite una explicación razonable sobre el proceso de adaptación de las personas a su propio envejecimiento. En ese sentido, resulta muy interesante la insistencia que hace esta teoría, al recordar que de la infancia a la vejez, es siempre el mismo individuo, el que evoluciona y se adapta, con la persistencia del yo adulto reacomodado a una nueva etapa biológica y social. No obstante, la principal crítica que se le ha formulado, se plantea sobre el sentido otorgado al concepto de continuidad como sinónimo de estabilidad, pues bajo ese planteamiento, la continuidad, como única respuesta posible a la madurez, no podría justificar los cambios que inevitablemente se presentan con la edad (25).

Para Hetu esta teoría se resume en siete premisas:

1. Desde el punto de vista psicológico, los seres humanos evolucionan de manera diferente.
2. El individuo, desde su nacimiento a su muerte, constituye una sola entidad coherente, por lo que en un momento dado, cualquier estado depende en gran parte de lo que era anteriormente.
3. A lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen propia en lo que se conoce como “auto concepto” y personalidad, lo que determinara sus respuestas a las nuevas situaciones.
4. En función de su coherencia y funcionamiento interno, cada individuo tiende a producir su propio ambiente. Este se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando.
5. Aplicado al envejecimiento, lo anterior implica que el estilo de personalidad establecido en la edad adulta es el mejor predictor del estilo de funcionamiento del sujeto cuando envejezca.
6. El envejecimiento no hace mas que acentuar las principales líneas de fuerza que constituyen la armadura de su

personalidad. El individuo que envejece se puede transformar de manera más ostensible en lo que siempre ha sido.

7. Aunque estable, la personalidad sigue evolucionando durante toda la vida para integrar las experiencias que se le van presentando, en un proceso continuo de adaptación hasta el final de la vida.

TEORIA DE LA ACEPTACIÓN

Conformada por una primera teoría que fue planteada por Erikson, señala que cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal y como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego.

Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar sus limitaciones. El adulto sabio sabe aceptar el cambio y cuando oponerse al mismo, cuando sentarse en silencio y escuchar.

Refiriendo a la crisis final “integridad versus desesperación”, Erickson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar la vida, la manera como han vivido.

Luchan por lograr un sentido de integridad, se coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente (29)

La segunda teoría acerca del desarrollo psicológico en la edad adulta tardía, propuesta por Peck (1955), profundiza en el análisis de Erikson dividiendo la última crisis en tres crisis básicas que los ancianos deben resolver para funcionar (28)

Estas 3 crisis básicas son:

- Una es la diferenciación del yo, en oposición a la preocupación por el papel laboral. Sostiene que las personas mayores necesitan definir su valía como seres humanos, especialmente después del retiro, más allá de su papel laboral, cuanto mayor éxito tengan en hallar atributos acerca de sí mismos, mayor éxito tendrán en mantener su vitalidad y sentido de autonomía.
- La segunda es la trascendencia del cuerpo en oposición a la preocupación por el cuerpo. Sostiene que quienes han hecho hincapié en el bienestar físico como eje de la felicidad en la vida, pueden sumirse en la desesperación por cualquier disminución en sus capacidades. Quienes se centran en la satisfacción de la realización con otros y se dedican a actividades que los lleven a no

depender en extremo de la salud, son capaces de superar las incapacidades físicas.

- La tercera plantea que es la trascendencia del yo, en oposición a la preocupación por el yo, sostiene que las personas mayores necesitan asimilar la realidad de que van a morir. La forma como las personas pueden trascender el yo del aquí y el ahora, para lograr una visión positiva de la certeza de la llegada de la muerte, se basa en un enterarse de la forma de como han llevado la vida de sus logros, de las contribuciones de las realizaciones personales, lo cual les permite comprender que han contribuido con la felicidad y el bienestar de otros (28).

TEORIA DE LA ADAPTACIÓN

Carmen Delia Sánchez (1995), plantea que las personas están continuamente adaptándose a las condiciones de vida. La adaptación es un proceso activo. En todas las etapas del ciclo de vida, envejecer significa adaptación a:

- Cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo humano.
- Cambios en el ambiente social.

El proceso de adaptación está dirigido principalmente por la personalidad (o el ego).

La adaptación pone énfasis en ciertos roles y actividades llevados a cabo en determinadas etapas del ciclo de vida. Por ejemplo, para el momento en el que la persona se acerca a los 60 o 70 años, tiene generalmente que adaptarse a cambios marcados en el vigor físico y en su ambiente social (28).

Lilliana Mejías (1993) plantea que en un estudio realizado en 1962 por Liuso y Peterson se definieron dos tipos de pautas con respecto al proceso de adaptación: las satisfactorias y las de insatisfacción.

Las satisfactorias se desarrollan en tres tipos de personalidad (28):

- Los maduros: considerados como los mejores ajustados y que disfrutan más de la vida. Aceptan la vida en una forma más realista, son más autosuficientes y consideran a la vejez como algo de lo cual pueden sacar provecho sin remordimientos.
- Los merecedores, por lo general, están satisfechos y descansan en manera más pasiva. Están satisfechos de confiar que otros se preocupan por su bienestar.
- Los acorazados: quienes se conservan felices manteniéndose ocupados, ansiosos y temerosos de envejecer y enfermar.

Las insatisfactorias se caracterizan por mostrar un alto grado de agresividad, en ellas se definen dos tipos de personalidad:

- Los enojados: quienes culpan a otros por impedirles lograr sus metas de la vida, tiene miedo a la muerte y resentimiento a la juventud.
- Los autopunitivos: tornan su hostilidad hacia si mismos, se sienten deprimidos, pesimistas y pesarosos de su vida pasada e interpretan la muerte como un alivio de su infelicidad presente.

ENVEJECIMIENTO EXITOSO Y CALIDAD DE VIDA. SU PAPEL EN LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Muchas personas asocian el proceso de envejecer a una fase vital en la que progresivamente el individuo pasa de la plenitud física, social y mental a la más absoluta decrepitud. Sin embargo, en las últimas décadas, esa imagen negativa de las personas de mayor edad ha ido desapareciendo. Diversos estudios, sobre todo los de carácter longitudinal, están aportando claridad al entendimiento de esta etapa de la vida (27).

El principal proceso en el que se basan es en los cambios que conlleva envejecer y que afectan a todas las áreas de la vida.

Importantes trabajos como el Estudio Berlín de Mayer y Baltes que analiza el transcurso de los recursos cognitivos, emocionales, mentales, corporales y sociales a los 70 años, permiten vislumbrar qué cambios se viven en este proceso de la vida, sin dejar de atender que la población anciana es un grupo poco homogéneo y muy diverso. Schaie, a su vez, dirige desde 1956, con un mismo propósito, el Seattle Longitudinal Study (SLS) sobre la interacción de los cambios en el rendimiento intelectual y los estilos conductuales en la edad adulta. A la hora de equiparar muestras y dadas las grandes diferencias en la manera de envejecer, se intenta buscar y definir propiedades comunes en grupos de la misma edad. Ante todo, se suelen estudiar los aspectos funcionales del bienestar (27).

Analizando los distintos conceptos que de envejecimiento se extraen de las teorías encontramos que el concepto del envejecimiento normal se orienta por la norma típica, como puede ser el envejecimiento sin enfermedades crónicas, que sería lo contrario del envejecimiento patológico. El envejecimiento exitoso ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida. Esto no deja de ser un criterio subjetivo, sometido a la comparación entre las

necesidades individuales y el contexto concreto del desarrollo presente. Esta definición se aplica también a la relación entre un cierto grado de salud objetiva y la satisfacción subjetiva del adulto con la vida que lleva. El término “envejecimiento exitoso” es demasiado impreciso, porque definir el “éxito” depende de una situación individual concreta, de unas metas deseadas o de una circunstancia personal, como una enfermedad o la pérdida de un ser querido. Esta definición puede ser, además, mal interpretada, aún contando con criterios objetivos, como las expectativas de vida que la persona adulta no siempre experimenta de manera positiva. La búsqueda de medidas que permitan equiparar tal diversidad de conceptos ha llevado al desarrollo de teorías que expliquen de forma amplia y adecuada en qué consiste envejecer y qué cambios conlleva dicho proceso. En términos generales podría decirse, desde la psicología de la vejez, que la evolución normal que lleva aparejada la edad está causada por la conjunción de cuatro factores:

- El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.
- La declinación progresiva de las facultades y de las funciones mentales.
- La transformación del medio familiar y de la vida profesional.

- Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre la psiquis humana efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento (así, la presbicia comporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos).

El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior. Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en formas de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas de edad.

El envejecimiento exitoso se basa en el concepto, entre otros, de “bienestar subjetivo”, entendido éste como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global de sus vidas.

Los estudios gerontológicos sobre este tema ofrecen datos contradictorios sobre la incidencia de la edad en el bienestar, aunque los estudios transversales indican una relación positiva entre la edad y el bienestar subjetivo. Se han desarrollado distintas

teorías para explicar esta temática, apoyándose la inmensa mayoría en factores como la felicidad, la satisfacción vital, las pérdidas y ganancias, etc.

Siguiendo a Brandtsädter y Rothermund (1998), las principales dificultades en la vejez son los problemas de salud, las pérdidas sociales y una mayor discrepancia entre las metas y las posibilidades de alcanzarlas. Contrariamente a la creencia general de que en la vejez se alcanza mayor felicidad, distintos estudios avalan lo contrario, hecho conocido como paradoja de la felicidad en la vejez.

Estas teorías intentan describir los caminos que deben seguir las personas mayores para cumplir con las exigencias de su edad y llegar a un alto grado de satisfacción en su vida. La satisfacción vital, en relación con otro importante concepto como es la calidad de vida, se convierte así en el constructo psicológico central. Baltes y Baltes, siguiendo la línea conceptual del envejecimiento exitoso, han conseguido un modelo propio del desarrollo de la edad adulta que ha dado pie hasta el momento presente a numerosas investigaciones empíricas. El trasfondo de este modelo lo constituye el concepto del ciclo vital con sus ganancias, estabilidad y pérdidas en la edad madura. Según estos autores, se puede

conseguir un nivel funcional estable, una autoimagen positiva y un estado satisfactorio por medio de tres procesos de adaptación fundamentales: la selección, la optimización y la compensación.

Aunque existen otros aspectos que engloban el concepto de “envejecimiento exitoso”. Entre ellos se encuentran los estudios centrados en la calidad de vida en los ancianos.

La calidad de vida es la interacción entre la satisfacción de vida y las condiciones objetivas de vida. Estas últimas engloban la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social. La calidad de vida es un concepto multidimensional que integra una serie de áreas y es necesario circunscribirlo a ciertas variables personales y contextuales. Diversos estudios gerontológicos se han centrado en el análisis de la calidad de vida y su repercusión en el “envejecimiento satisfactorio”. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien” (27).

Se están llevando a cabo muchos estudios para evaluar la calidad de vida en la población mayor. Y suelen arrojar datos que indican que las personas de más edad (respecto de las más jóvenes), las mujeres (respecto de los hombres) y las personas que pertenecen a posiciones sociales medio baja y baja presentan una puntuación significativamente más baja en la satisfacción con la vida, y también consideran que a medida que se van teniendo más años, se vive peor.

Todo lo visto hasta ahora invita a reflexionar sobre la evolución constante y dinámica respecto a la conceptualización sobre el envejecimiento. Todo apunta a una mayor condensación de conceptos, y no limitarse al enunciado de teorías reduccionistas basadas exclusivamente en los aspectos biológicos o psicológicos. Conceptos tales como calidad de vida o envejecimiento exitoso abogan por una mayor amplitud a la hora de abordar el envejecimiento y lo que éste supone. Son conceptos más amplios y que abarcan más facetas de la vida de la persona mayor, con un mayor discernimiento, por tanto, del proceso del envejecimiento. De esta manera, las estrategias que se puedan poner en marcha desde cualquier ámbito serán más holísticas y encaminadas a

favorecer ese envejecimiento exitoso que se fija como una meta cada vez más realista (27).

2.3. DEFINICION CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

MENOPAUSIA: Según la OMS: Menopausia es el cese permanente de la menstruación debida a la pérdida de la actividad folicular ovárica.

PREMENOPAUSIA: Es el periodo reproductivo anterior a la menopausia (según la definición de la OMS).

PERIMENOPAUSIA: Es el tiempo anterior a la menopausia, cuando comienzan los eventos endocrinológicos, biológicos y clínicos de aproximación a la menopausia, y el primer año después de la menopausia (OMS).

POSTMENOPAUSIA: Es el periodo que se extiende desde la última menstruación en adelante, independiente si la menopausia fue inducida o espontánea.

CALIDAD DE VIDA: Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el

contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA: Los bochornos o sofocos se definen como un aumento en la percepción del calor dentro del cuerpo. Se define como una sensación subjetiva de calor que asciende desde el tórax al cuello y a la cara, habitualmente se asocia a enrojecimiento de la piel, vasodilatación cutánea y sudoración que se sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardiaca. Estas crisis vasomotoras tienen una duración variable que pueden durar desde unos pocos segundos hasta varios minutos a 1 h y su intensidad y frecuencia son variables, pudiendo presentarse entre 2 o 3 al día y varias veces en 1 hora. Se inician varios años antes de la menopausia, aun en mujeres con ciclos regulares, generalmente aumentan conforme éstos se vuelven irregulares, alcanzando su máxima intensidad y mayor frecuencia 1 a 2 años después de la

menopausia y pueden persistir hasta por 5 ó 15 años después de ésta. Los episodios nocturnos de sofocos se refieren como crisis de sudoración.

ENVEJECIMIENTO: El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo.

DOMINIO PSÍQUICO: Se incluye la indagación de aspectos referentes a la esfera psicológica de la mujer post menopáusica

SEXUALIDAD: La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y

relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

RELACION DE PAREJA: La definición de una relación de pareja está marcada esencialmente por la inversión que ambos miembros hacen en un vínculo amoroso compartido, con el reconocimiento personal y social de que esas dos personas desean desarrollar un proyecto de forma conjunta.

SALUD: La Constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

PERCEPCIÓN DE SALUD: Es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: de acuerdo al nivel de conocimiento o profundidad que se propuso alcanzar es descriptivo de corte transversal.

Es descriptiva porque se analizan y describen hechos tal y como se dan en la realidad sin ninguna manipulación de variables.

Es de corte transversal porque la investigación obedece a un tiempo determinado esto es en Tacna, año 2012

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Fueron 126 mujeres en edad postmenopáusicas del Distrito Gregorio Albarracín, la unidad de Análisis fueron mujeres de 56 años a más, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia

Es un estudio por conveniencia porque está de acuerdo con mis objetivos y los elementos que integraron mi muestra tienen características para fines de este estudio.

Se trabajaron con los siguientes Club del Adulto Mayor:

- Club A.M. Villa Juventud

- Club A.M. 28 de Agosto
- Club A.M. San Francisco
- Club A.M. Begonias
- Club A.M. Los Rosales
- Club A.M. Manuel A. Odría
- Club A.M. Adamis

3.2.1. Criterios de inclusión:

- Mujer postmenopáusica entre 56 años a más
- Mujeres que vivan en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.
- Asistencia los días de aplicación del cuestionario en la junta vecinal programada y en el centro de salud.

3.2.2. Criterios de exclusión:

- Mujer postmenopáusica que no pertenezca al distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.
- Mujeres menores de 56 años.
- No estar presente en el momento de la aplicación del cuestionario en la junta vecinal programada y en el centro de salud.
- Con alguna alteración mental.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través del método de la encuesta obteniendo información a través del cuestionario estructurado auto administrado siguiendo las siguientes etapas:

- Se obtuvo el número de mujeres postmenopáusicas de los clubes del adulto mayor del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.
- Se seleccionó a las mujeres postmenopáusicas mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia para fines del estudio, considerándose a las mujeres postmenopáusicas de los clubes del adulto mayor.
- Se recogió información respecto a la calidad de vida en la salud de la mujer postmenopáusica utilizando la escala de cervantes que consta de 31 ítems (ANEXO N°1)
- Para determinar la salud se utilizó 4 ítems sobre la percepción de la salud (ANEXO N°2)

3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la validación con sus respectivas preguntas llevado a cabo por profesionales expertos (01 Doctora en enfermería, 01 médico, 02 psicólogos).

Se realizó la confiabilidad a través de una prueba piloto con 12 mujeres postmenopáusicas, en una población similar a la elegida (ANEXO N°3)

Se solicitó la autorización al centro de salud San Francisco, a los clubes del adulto mayor para ingresar a realizar la encuesta en las diversas actividades programadas encuestándose a los asistentes que cumplieren el requisito de inclusión, el de estar presente en el momento de la aplicación del cuestionario.

A las mujeres postmenopáusicas de los club del adulto mayor se las convocó para la realización de actividades recreativas y culturales en: club la begonias, C.S. San Francisco, Comedor Virgen de Pallagua, Plaza San Francisco, Club del Adulto Mayor Manuel A. Odría, encuestándose a las mujeres postmenopáusicas a partir de los 56 años a más.

Antes de empezar con las actividades programadas se realizó la encuesta personalizada, a través de una entrevista donde se hizo preguntas sobre calidad de vida y su relación con la salud en la mujer durante la postmenopausia, iniciando con una presentación debida, indicándose el objetivo de estudio, pidiendo la colaboración

voluntaria, garantizando la confiabilidad, respetando el anonimato y la ética en el encuestado.

3.5.PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos a través de los instrumentos fueron codificados y luego procesados por un control de calidad, posteriormente se elaboró una base de datos donde se hizo un segundo control de calidad, para después someterlos al software SPSS versión 18.0

Se realizó el análisis estadístico descriptivo presentándose en cuadros de frecuencia absoluta y relativa así como la prueba de significación estadística, empleándose el chi-cuadrado, de independencia de criterios.

Además se hizo uso de:

- Índice de consistencia interna Alfa de Cronbach para la confiabilidad de los instrumentos (ANEXO N° 3)
- Distancia de puntos múltiples (DPP), distancia máxima (Dmáx) para establecer el grado de adecuación de los instrumentos que fueron validados por los expertos (ANEXO N °4)

CAPITULO IV
DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

CUADRO N°01

**SALUD EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.**

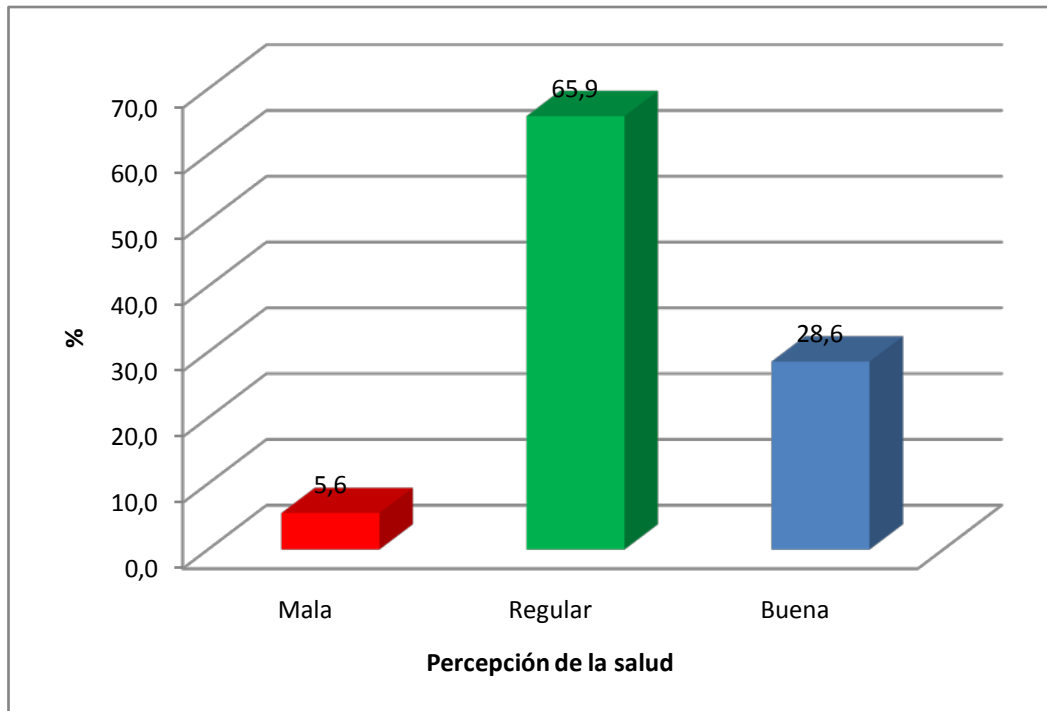
PERCEPCIÓN DE LA SALUD	Nº	%
Mala	7	5,6
Regular	83	65,9
Buena	36	28,6
Total	126	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N° 01 se observa una regular percepción de la salud, con un porcentaje de 65,9% y una mala percepción de la salud con un 5.6 %.

GRÁFICO N°01

SALUD EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.



Fuente: cuadro N°01

CUADRO N° 02

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA. SEGÚN LA MENOPAUSIA Y SALUD EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.

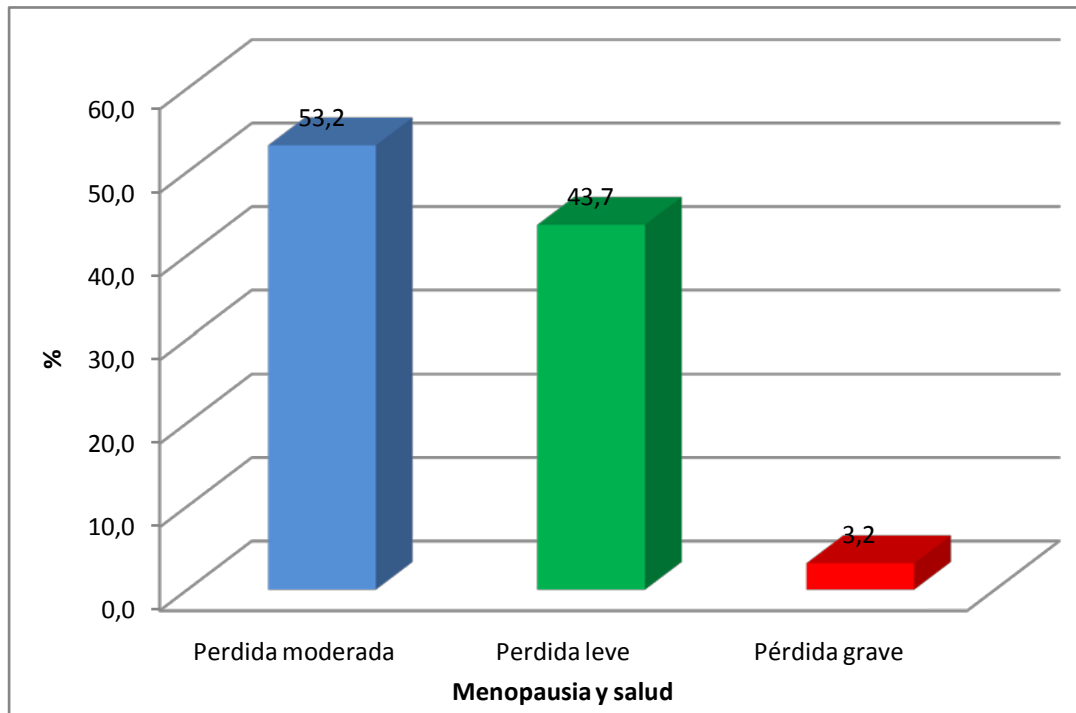
Menopausia y salud	Nº	%
Perdida moderada	67	53,2
Perdida leve	55	43,7
Pérdida grave	4	3,2
Total	126	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N° 02 se puede observar que el mayor porcentaje es de 53,2% y corresponde a la pérdida moderada de la calidad de vida en la menopausia y salud, y un 3,2 % tienen una pérdida grave.

GRAFICO N°02

**CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA.
SEGÚN LA MENOPAUSIA Y SALUD EN EL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.**



Fuente: cuadro N°02

CUADRO N°03

**CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA.
SEGÚN LA SALUD EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA 2012.**

Salud	Nº	%
Perdida moderada	90	71,4
Perdida leve	32	25,4
Pérdida grave	4	3,2
Total	126	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

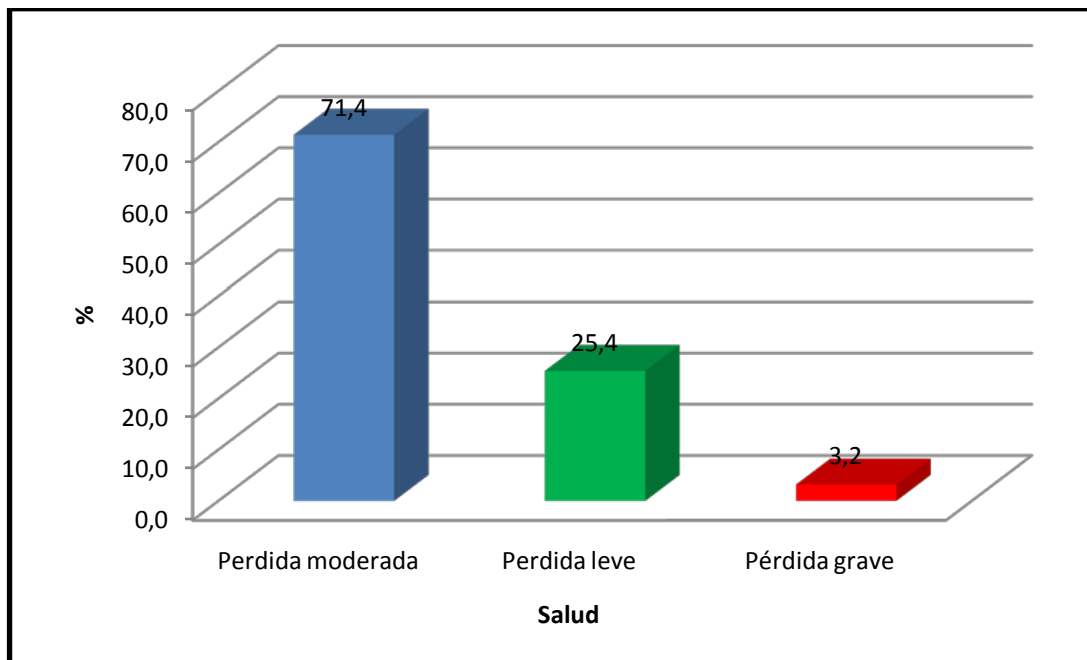
En el cuadro N°03 se observa que hay una pérdida moderada de la salud de la mujer postmenopáusica alcanzando un 71,4% y una pérdida grave con un 3,2%.

GRAFICO N °03

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA.

SEGÚN LA SALUD EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN

LANCHIPA 2012



Fuente: cuadro N°03

CUADRO N°04

**CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA.
SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA EN EL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.**

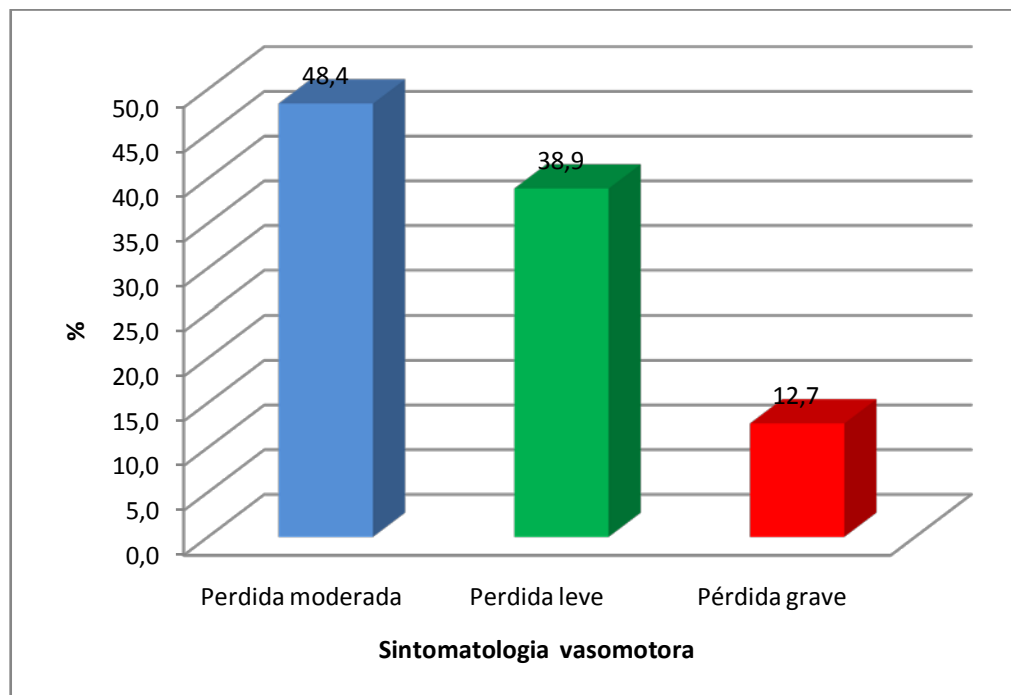
Sintomatología vasomotora	Nº	%
Perdida moderada	61	48,4
Perdida leve	49	38,9
Pérdida grave	16	12,7
Total	126	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N°04 se observa que en la sintomatología vasomotora, el mayor porcentaje corresponde a una pérdida moderada con un 48,4%, y un 12,7% a una pérdida grave.

GRAFICO N°04

**CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA.
SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA EN EL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.**



Fuente: cuadro N°04

CUADRO N°05

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA. SEGÚN EL ENVEJECIMIENTO EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.

Envejecimiento	Nº	%
Perdida moderada	63	50,0
Perdida leve	57	45,2
Pérdida grave	6	4,8
Total	126	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

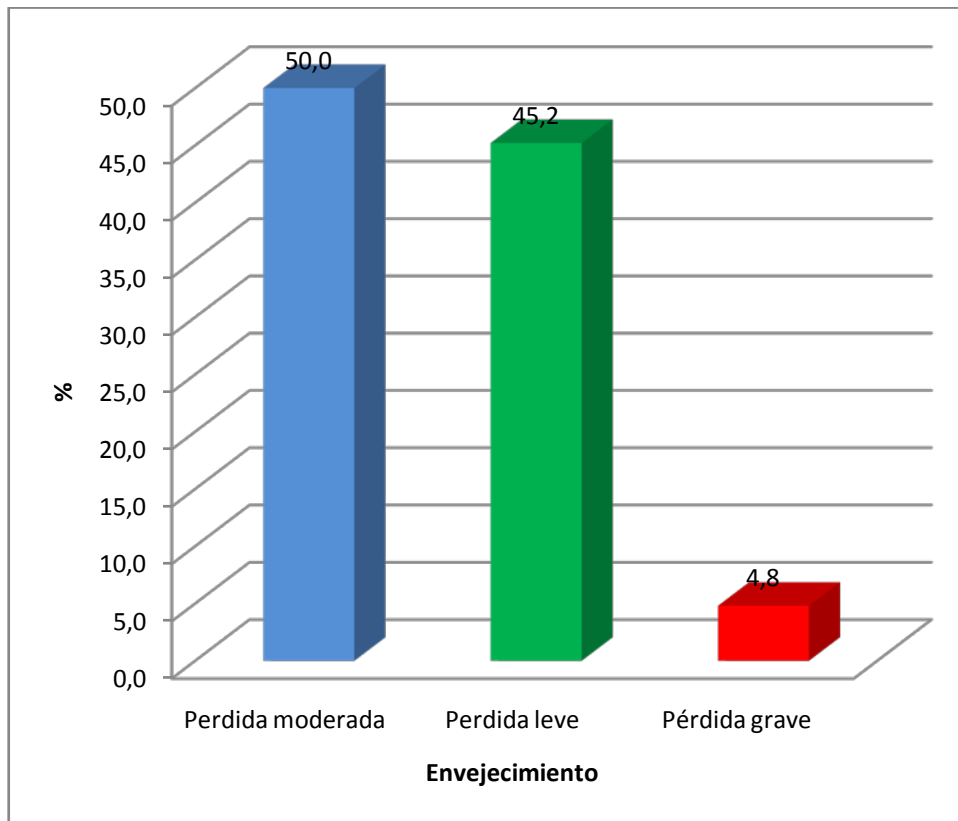
En el cuadro N° 05 se observa que en el envejecimiento, el mayor porcentaje corresponde a una pérdida moderada con un 50%, mientras que el menor porcentaje es de 4,8 % ubicándose en una pérdida grave.

GRÁFICO N°05

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA.

SEGÚN EL ENVEJECIMIENTO EN EL DISTRITO GREGORIO

ALBARRACÍN LANCHIPA 2012



Fuente: cuadro N°05

CUADRO N°06

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA. SEGÚN DOMINIO PSÍQUICO EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.

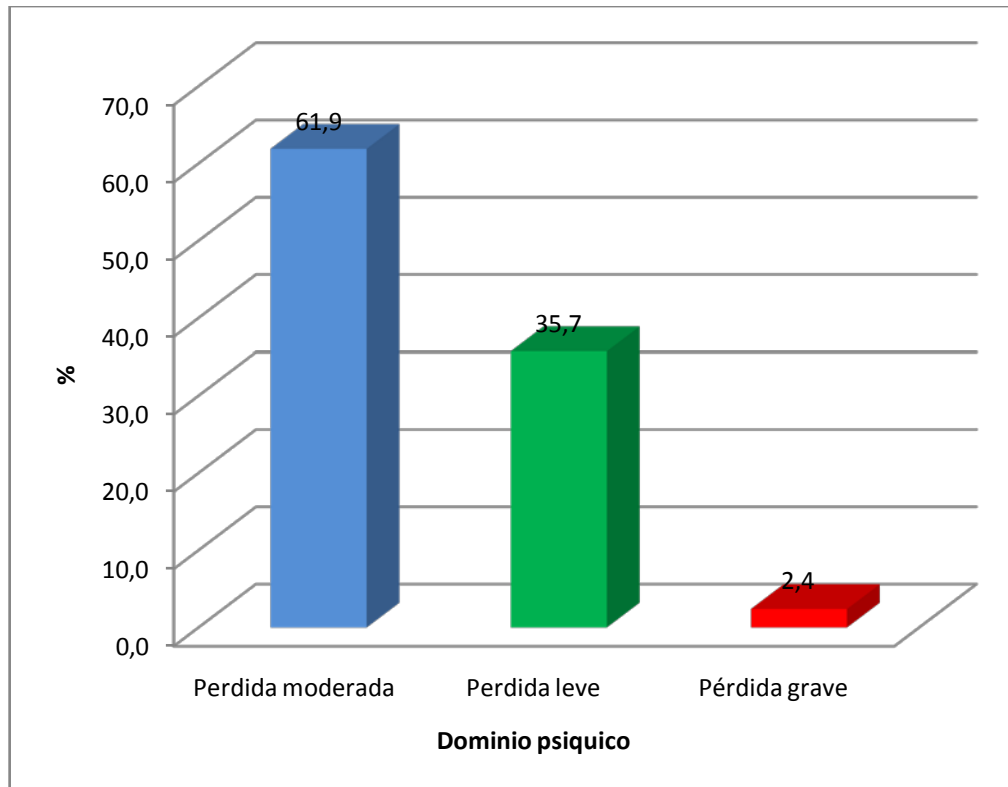
Dominio psíquico	Nº	%
Perdida moderada	78	61,9
Perdida leve	45	35,7
Pérdida grave	3	2,4
Total	126	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N° 06 se observa que en el dominio psíquico en las mujeres postmenopáusicas, se encuentra un mayor porcentaje en pérdida moderada con el 61,9%, mientras que el menor porcentaje 2,4 % tienen una pérdida grave.

GRÁFICO N°06

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA. SEGÚN DOMINIO PSÍQUICO EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.



Fuente: cuadro N°06

CUADRO N°07
CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA.
SEGÚN LA SEXUALIDAD EN EL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.

Sexualidad	Nº	%
Perdida moderada	112	88,9
Pérdida leve	13	10,3
Pérdida grave	1	0,8
Total	126	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

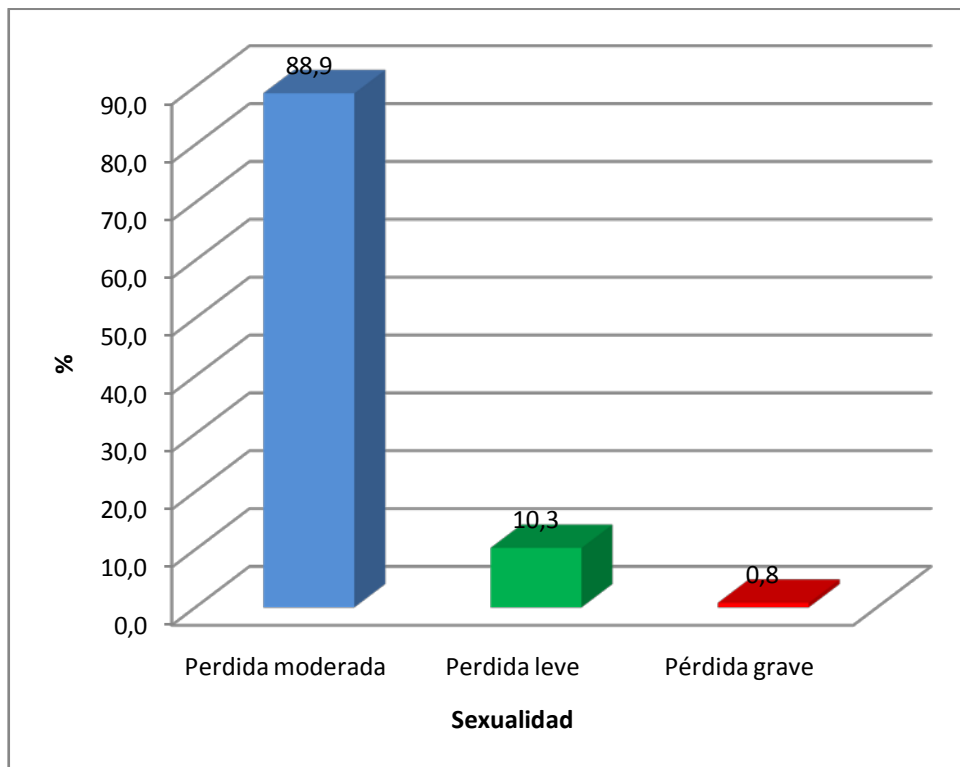
En el cuadro N° 07 se observa que en la sexualidad las mujeres postmenopáusicas tienen mayor porcentaje de 88,9% en pérdida moderada y un menor porcentaje de 0,8 % en pérdida grave.

GRÁFICO N°07

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA.

SEGÚN LA SEXUALIDAD EN EL DISTRITO GREGORIO

ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.



Fuente: cuadro N°07

CUADRO N°08

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA. SEGÚN LA RELACIÓN DE PAREJA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.

Relación de pareja	Nº	%
Perdida moderada	82	65,1
Pérdida leve	26	20,6
Pérdida grave	18	14,3
Total	126	100,0

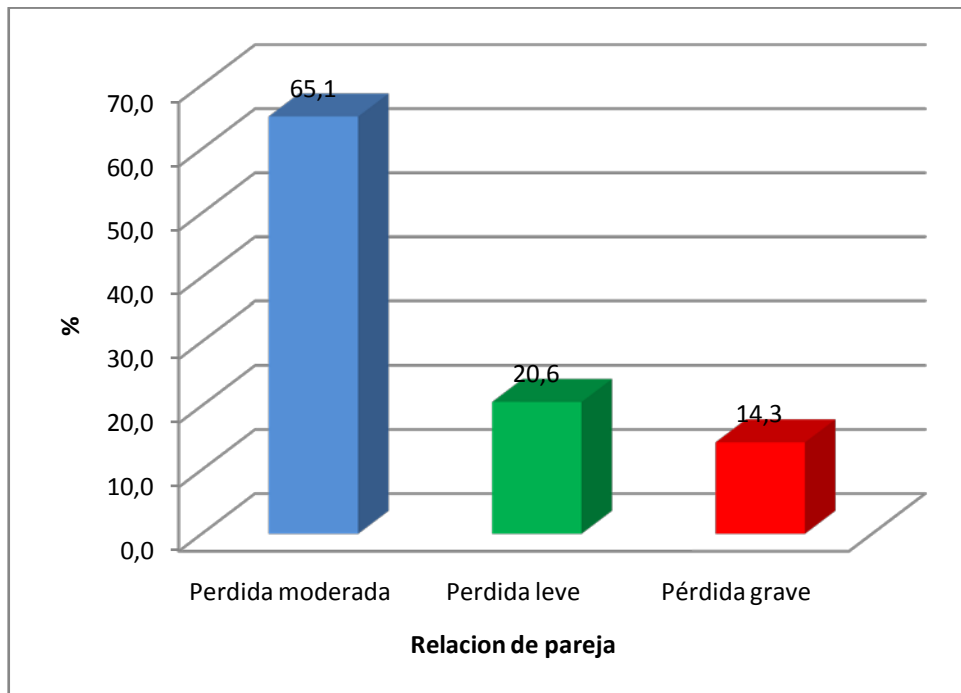
Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa

2012.

En el cuadro N° 08 se observa que en la mujer postmenopáusica según la relación de pareja tiene un mayor porcentaje del 65,1% en pérdida moderada, mientras que el menor porcentaje 14,3 % tienen una pérdida grave.

GRÁFICO N°08

CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA. SEGÚN LA RELACIÓN DE PAREJA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.



Fuente: cuadro N°08

CUADRO N°09

**SALUD Y SU RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SALUD EN LA
MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012**

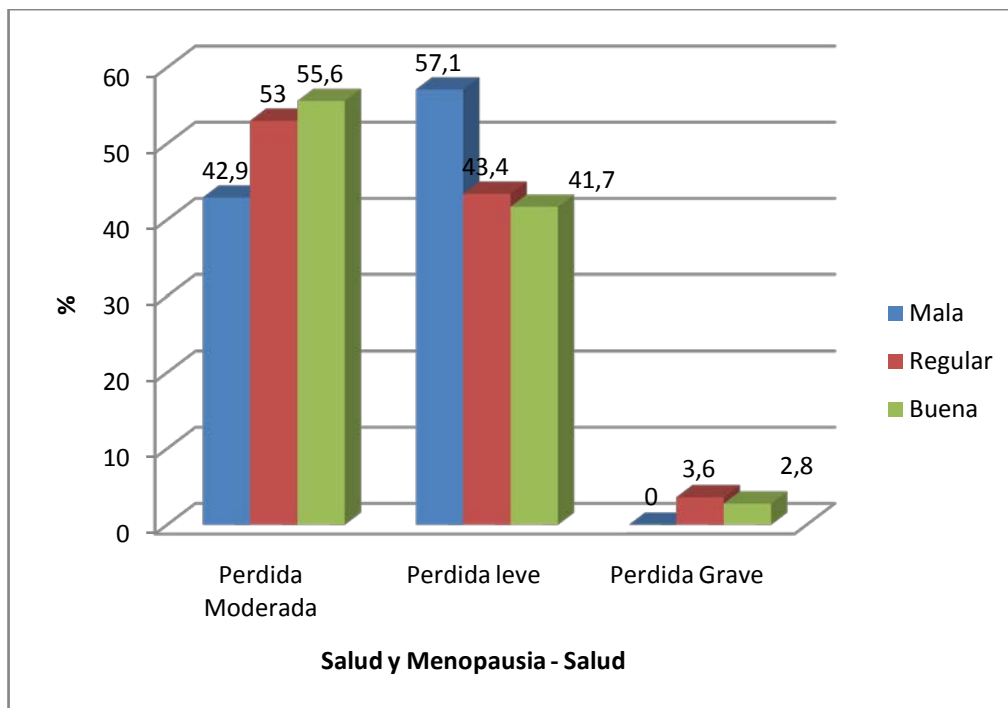
Percepción de la salud	Menopausia y salud			Total	
	Pérdida moderada	Pérdida leve	Pérdida grave		
Mala	N	3	4	0	7
	%	42,9	57,1	,0	100,0
Regular	N	44	36	3	83
	%	53,0	43,4	3,6	100,0
Buena	N	20	15	1	36
	%	55,6	41,7	2,8	100,0
Total	N	67	55	4	126
	%	53,2	43,7	3,2	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N° 09 se observar que la pérdida leve de la menopausia y salud tiene una percepción mala de la salud de 57,1% mientras que el menor porcentaje de 2,8% tiene una buena percepción de salud con una pérdida grave en la menopausia y salud.

GRÁFICO N°09

SALUD Y SU RELACIÓN CON LA MENOPAUSIA Y SALUD EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012



Fuente: cuadro N°09

CUADRO N°10

**SALUD Y SU RELACION CON LA SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA
EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012**

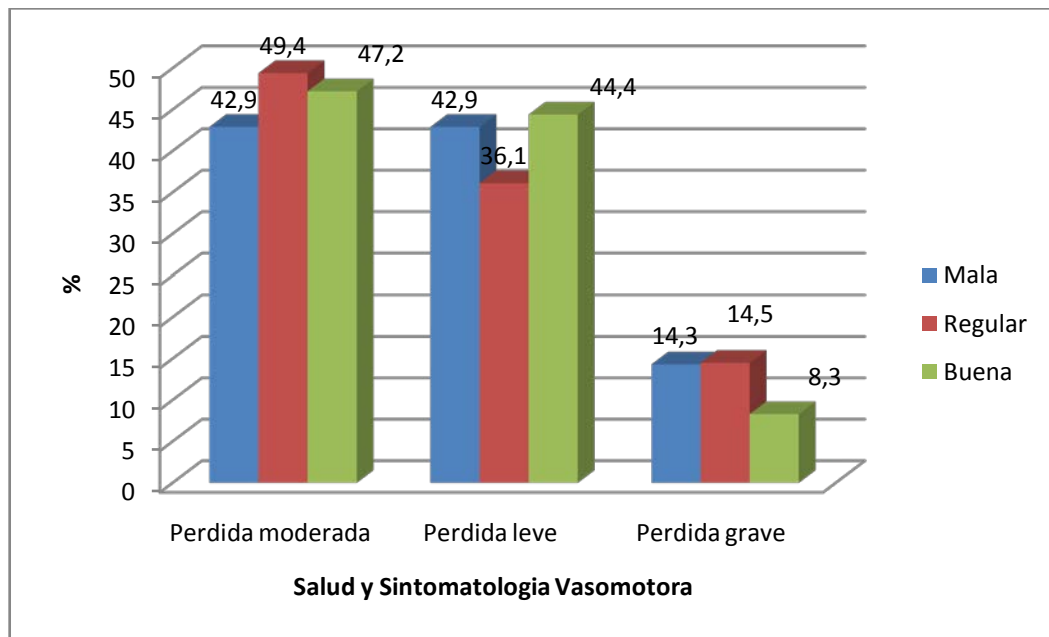
Percepción de la salud		sintomatología vasomotora			Total
		Pérdida moderada	Pérdida leve	Pérdida grave	
Mala	N	3	3	1	7
	%	42,9	42,9	14,3	100,0
Regular	N	41	30	12	83
	%	49,4	36,1	14,5	100,0
Buena	N	17	16	3	36
	%	47,2	44,4	8,3	100,0
total	N	61	49	16	126
	%	48,4	38,9	12,7	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N°10 se puede observar que la pérdida moderada de la sintomatología vasomotora tiene una regular percepción de salud de 49,4 %, mientras que el menor porcentaje 8,3% tiene una buena percepción de salud con una pérdida grave en la sintomatología vasomotora.

CUADRO N°10

SALUD Y SU RELACION CON LA SINTOMATOLOGIA VASOMOTORA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012



Fuente: cuadro N°10

CUADRO N°11

**SALUD Y SU RELACION CON EL ENVEJECIMIENTO EN LA MUJER
DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA 2012**

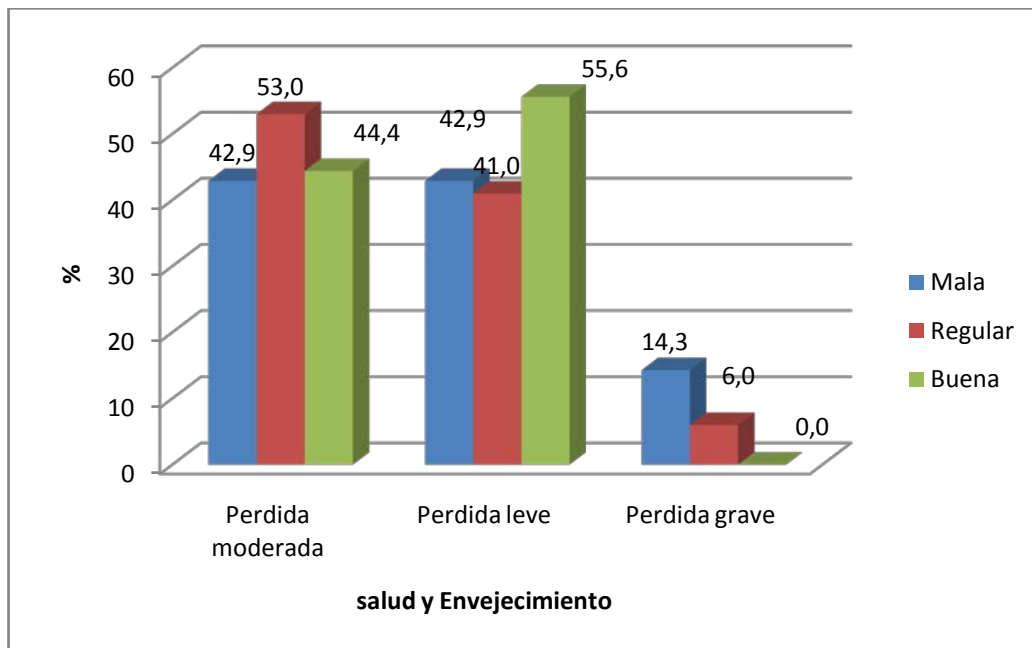
Percepción de la salud		Envejecimiento			Total
		Pérdida moderada	Pérdida leve	Pérdida grave	
Mala	N	3	3	1	7
	%	42,9	42,9	14,3	100,0
Regular	N	44	34	5	83
	%	53,0	41,0	6,0	100,0
Buena	N	16	20	0	36
	%	44,4	55,6	,0	100,0
Total	N	63	57	6	126
	%	50,0	45,2	4,8	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N°11 se puede observar que la pérdida leve del envejecimiento tiene una buena percepción de salud de 55,6 %, mientras que el menor porcentaje 6% tiene una regular percepción de salud con una pérdida grave en el envejecimiento.

CUADRO N°11

SALUD Y SU RELACION CON EL ENVEJECIMIENTO EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012



Fuente: cuadro N°11

CUADRO N°12

**SALUD Y SU RELACION CON EL DOMINIO PSÍQUICO EN LA MUJER
DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA 2012**

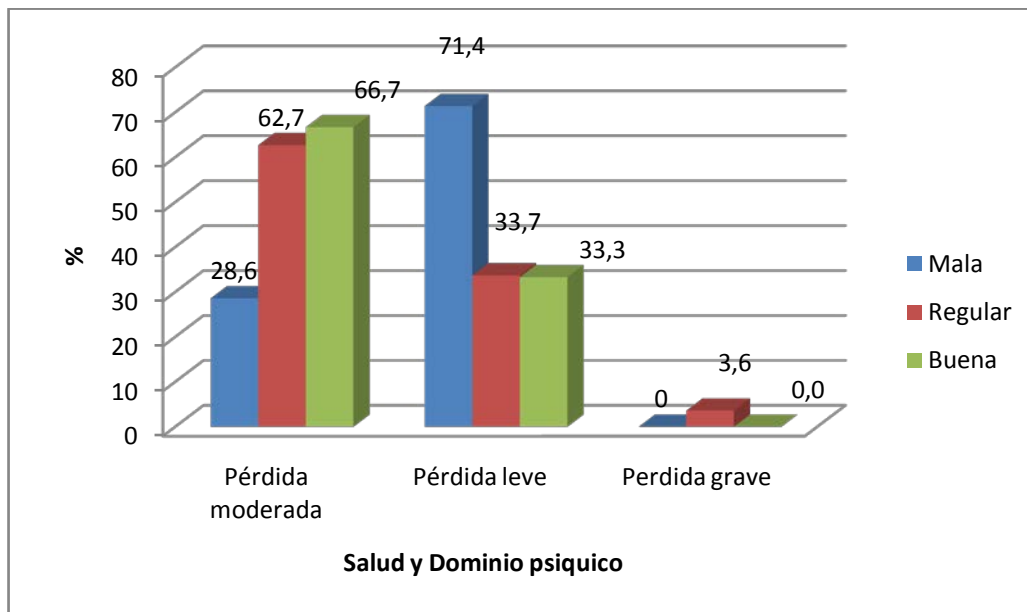
Salud		Dominio psíquico			Total
		Pérdida moderada	Pérdida leve	Pérdida grave	
Mala	N	2	5	0	7
	%	28,6	71,4	,0	100,0
Regular	N	52	28	3	83
	%	62,7	33,7	3,6	100,0
Buena	N	24	12	0	36
	%	66,7	33,3	,0	100,0
Total;	N	78	45	3	126
	%	61,9	35,7	2,4	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N° 12 se puede observar que la pérdida leve del dominio psíquico tiene una mala percepción de la salud de 71,4 %, mientras que la pérdida moderada del dominio psíquico de 66,7% tiene una buena percepción de salud.

GRAFICO N°12

SALUD Y SU RELACION CON EL DOMINIO PSÍQUICO EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012



Fuente: cuadro N°12

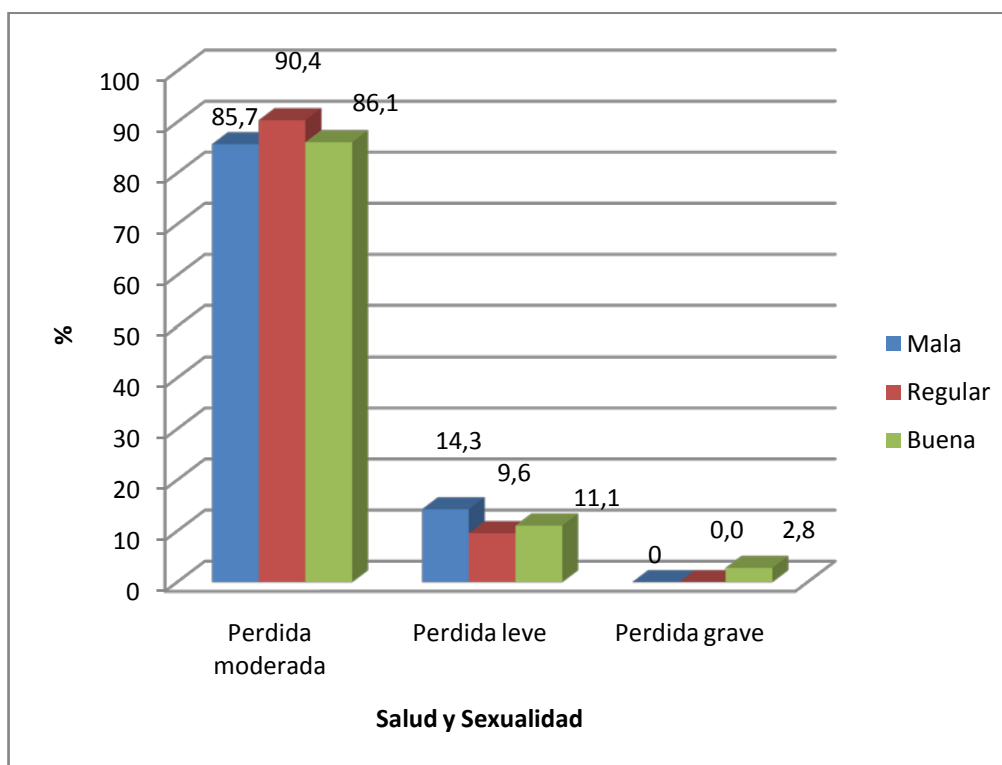
CUADRO N°13
SALUD Y SU RELACION CON LA SEXUALIDAD EN LA MUJER
DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA 2012

Percepción de la salud		sexualidad			Total
		Pérdida moderada	Pérdida leve	Pérdida grave	
Mala	N	6	1	0	7
	%	85,7	14,3	,0	100,0
Regular	N	75	8	0	83
	%	90,4	9,6	,0	100,0
Buena	N	31	4	1	36
	%	86,1	11,1	2,8	100,0
Total	N	112	13	1	126
	%	88,9	88,9	10,3	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N°13 se puede observar que la pérdida moderada de la sexualidad tiene una regular percepción de la salud de 90,4 %, mientras que la pérdida grave de la sexualidad de 2,8% tiene una buena percepción de salud.

GRAFICO N°13
SALUD Y SU RELACION CON LA SEXUALIDAD EN LA MUJER
DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA 2012



Fuente: cuadro N°13

CUADRO N°14
SALUD Y SU RELACION CON LA RELACION DE PAREJA EN LA
MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012

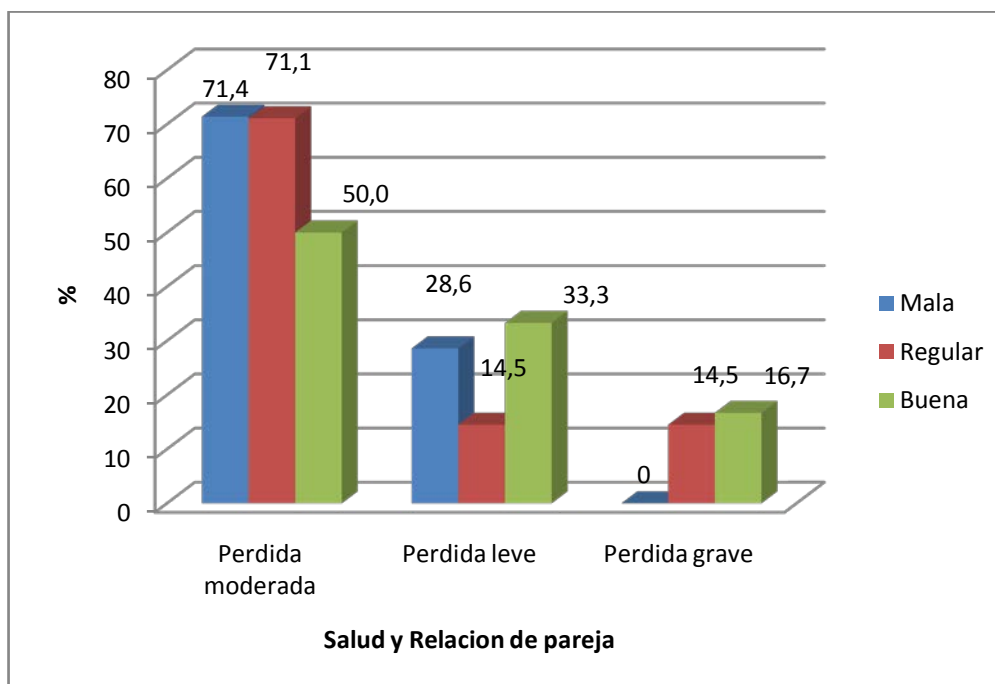
Percepción de la salud	Relación de pareja			Total	
	Pérdida moderada	Pérdida leve	Pérdida grave		
Mala	N	5	2	0	7
	%	71,4	28,6	,0	100,0
Regular	N	59	12	12	83
	%	71,1	14,5	14,5	100,0
Buena	N	18	12	6	36
	%	50,0	33,3	16,7	100,0
Total	N	82	26	18	126
	%	65,1	20,6	14,3	100,0

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N°14 se puede observar que la pérdida moderada de la relación de pareja tiene una mala percepción de la salud de 71,4 %, mientras que la pérdida moderada de la sexualidad de 71,1% tiene una regular percepción de salud.

GRAFICO N°14

SALUD Y SU RELACION CON LA RELACION DE PAREJA EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012



Fuente: cuadro N°14

CUADRO N°15
CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA SALUD EN LA MUJER
DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA 2012

Calidad de vida		Percepción de salud		Total
		Regular	Buena	
Perdida moderada	N	62	22	84
	%	73,8%	26,2%	100,0%
Perdida grave	N	28	14	42
	%	66,7%	33,3%	100,0%
Total	N	90	36	126
	%	71,4%	28,6%	100,0%

Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

En el cuadro N°15 se observa una perdida moderada de la calidad de vida y regular percepción de salud con un 73,8% mientras que la pérdida grave de la calidad de vida tiene una regular percepción de salud en un 66,7%

4.2 DISCUSION

En el cuadro N° 01 se observa una regular percepción de la salud, con un porcentaje de 65,9% y una mala percepción de la salud con un 5.6 %.

Contrastando con Triviño, Stieповich en el 2007 en su trabajo titulado: “Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia”, la percepción del estado de salud presentó fuerte efecto. El hallazgo de este estudio coincidió con el planteamiento de Pender en el año 2002, en su trabajo titulado: “Health promotion in nursing” en que su última versión, del Modelo promotor de salud donde realizó cambios, ratificó la continuidad de incluir la percepción del estado de salud porque en la mayoría de sus datos empíricos, ésta resultó significativa. También coincide con los hallazgos de Blumel et al en el 2002 en su trabajo titulado: “Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal, pues encuentran que las mujeres peri- post-menopáusicas que perciben su salud normal o buena, tienen menor riesgo de sufrir disfunciones sexuales y finalmente Cid en el año 2004, en su trabajo titulado “Factores personales asociados al estilo de vida promotor de salud en

residentes de barrio norte”. También informa relación significativa entre percepción del estado de salud y conductas promotoras de salud.

Por lo tanto la percepción de la salud es resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos – sociales que se dan en la sociedad, osea es el producto de la interrelación que se establece entre las personas y el ambiente social y natural en el que vive. También la percepción de la salud no es equilibrio, es tensión y conflicto en busca de mejores condiciones de vida, es una tentativa permanente de alcanzar niveles superiores de bienestar. En consecuencia no es posible definir teóricamente un nivel aceptable de salud, ya que cada grupo y el individuo adopta dentro de su dominio aquel que mejor se ajuste. La evaluación del estado de salud se ha basado en la medición de parámetros objetivos obtenidos de la clínica y de métodos complementarios de diagnóstico, cuantificables, pero no siempre relacionados con la experiencia subjetiva y personal de la paciente que tiene respecto a su propio estado. Por lo tanto la percepción que la persona tiene de su condición, de su sentido de bienestar general o de su capacidad para funcionar en la vida diaria es de gran importancia para su completo bienestar.

En el cuadro N° 02 se puede observar que el mayor porcentaje es de 53,2% y corresponde a la pérdida moderada de la calidad de vida en la menopausia y salud, y un 3,2 % tienen una pérdida grave.

En el cuadro N°03 se observa que hay una pérdida moderada de la salud de la mujer postmenopáusica alcanzando un 71,4% y una pérdida grave con un 3,2%.

En el cuadro N°04 se observa que en la sintomatología vasomotora, el mayor porcentaje corresponde a una pérdida moderada con un 48,4%, y un 12,7% a una pérdida grave.

Contrastando con López, Soares De Lorenzi (2010) en el estudio: "Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la menopause rating scale (mrs)". En 1448 entrevistadas se encontró que con respecto a salud y menopausia, los sofocos o bochornos y la sudoración constituyen el eje fundamental, que con mucha frecuencia están presentes en la mujer climatérica, tanto premenopáusica como en la posmenopáusica, son tan molestos y por lo general la llevan a la consulta médica en busca de alivio, especialmente cuando son moderados y severos.

Contrastando con Muñoz en el año 2011 en un trabajo de investigación titulado: “Calidad de vida en las pacientes menopaúsicas” En este estudio se encontró que en todas las mujeres entrevistadas refirieron sintomatología; la cefalea se presento en un 17%, el insomnio en 26%, cansancio 25%, retención de líquidos 12% y las taquicardias en un 20%.

Contrastando con Araya Gutiérrez en el año 2006, en su trabajo de investigación titulado: “Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo”. Uno de los síntomas clásicamente asociados a este periodo son las manifestaciones Vasomotoras Investigaciones chilenas reportan que los bochornos son la expresión climática más referida por las mujeres.

Lo que nos hace deducir que los síntomas de menopausia y salud fueron más frecuentes, lo que hace referencia a una pérdida moderada de la calidad de vida en las mujeres postmenopáusicas. Asimismo para algunas mujeres los bochornos no representan un problema durante la postmenopausia, porque son de poca duración y ocurren infrecuentemente, y para otras mujeres los síntomas

vasomotores influyen negativamente en la calidad de vida. Consecuencia lógica por cuanto los síntomas son consecuencia de la falla gonadal siendo más severos inmediatamente después de la menopausia.

En el cuadro N° 05 se observa que en el envejecimiento, el mayor porcentaje corresponde a una pérdida moderada con un 50%, mientras que el menor porcentaje es de 4,8 % ubicándose en una pérdida grave.

Contrastando con Muñoz en el año 2011 en un trabajo de investigación titulado: “Calidad de vida en las pacientes menopaúsicas”. Los síntomas referidos al subdominio envejecimiento, el hormigueo obtuvo la mayor incidencia con el 56%, seguido del 30% que presentaron mialgias y artralgias; observándose que los demás síntomas se presentaron con menor frecuencia como es el picor vaginal con 2%, diuresis de esfuerzo 8% y sequedad vaginal 3%

Contrastando con Liñan en el año 2004 en su trabajo titulado “Menopausia y envejecimiento en la mujer”. La falta de estradiol se

traduce en modificaciones involutivas en todo el organismo. Este proceso involutivo tiene repercusiones importantes en general, especialmente en el sistema cardiovascular, el SNC, el esqueleto, la piel, el aparato genitourinario y el sistema neurovegetativo.

Con esto se puede evidenciar que en la postmenopausia persiste el déficit estrogénico y se acompaña de un incremento de los trastornos médicos relacionados a la edad.

En el cuadro N° 06 se observa que en el dominio psíquico en las mujeres postmenopáusicas, se encuentra un mayor porcentaje en pérdida moderada con el 61,9%, mientras que el menor porcentaje 2,4 % tienen una pérdida grave.

Contrastando con Muñoz en el año 2011 en un trabajo de investigación titulado: "Calidad de vida en las pacientes menopáusicas". Los resultados reflejan con mayor incidencia el nerviosismo con el 39%, los sentimientos de soledad con el 26%, aburrimiento 9%, más sin embargo, el 6% de las mujeres encuestadas manifestaron que no tenían capacidad de relajarse, 7% sufría de vértigo, 5% cansancio, en menor frecuencia se presentó el

sentirse inútil 3%, por último 2% de las mujeres respondieron haber tenido deseos de morir.

Estos resultados coinciden con Lugones, Valdés, Pérez en el año 1999 en su trabajo de investigación titulado: "Climaterio, familia y sexualidad". Se analizan los principales síntomas psíquicos donde vemos que predominan la ansiedad en las perimenopáusicas para el 50,8 % y 64,8 % en las postmenopáusicas, y la depresión en el 42,0 % en las perimenopáusicas y el 60,4 % en las postmenopáusicas, con diferencias significativas entre ambos grupos. También llama la atención en esta tabla que la mayoría de las manifestaciones psíquicas como inseguridad, intranquilidad, irritabilidad, etc., predominan en las post menopáusicas con diferencias significativas en relación con las perimenopáusicas. Estas manifestaciones son frecuentes en esta etapa de la vida.

Contrastando con Fanny López A, Dino Roberto Soares De Lorenzi (2010) en el estudio: "Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la menopause rating scale (mrs)". Se constató que existe un deterioro moderado en la calidad

de vida, relacionado principalmente con los síntomas de naturaleza psicológica.

Contrastando con Blanca Ramos (2010) en su trabajo titulado: “Aspectos psicológicos de la menopausia”, la prevalencia de trastornos depresivos en la mujer se estima en un 9%, en esa época se asocian condiciones relacionadas de miedo al envejecimiento, sentimiento de inutilidad, carencia afectiva, dificultades sociales, profesionales y maritales teniendo como consecuencia una reducida calidad de vida.

Respecto al dominio psíquico existen cambios que se asocian a variables múltiples como son el ambiente, una sensibilidad elevada, cambio en el ingreso socioeconómico, estado marital, la cultura, estilo de vida, educación, e historia de síntomas depresivos, el llamado Síndrome del Nido Vacío.

Deduciéndose que existen cambios psicológicos y sociales que repercuten en el estado emocional de la mujer postmenopáusica. Así mismo los síntomas físicos crónicos, los estereotipos específicos de género sobre los malestares de la postmenopausia y los eventos del

proceso general de envejecimiento también contribuyen al estado emocional.

En el cuadro N° 07 se observa que en la sexualidad las mujeres postmenopáusicas tienen mayor porcentaje de 88,9% en pérdida moderada y un menor porcentaje de 0,8 % en pérdida grave.

Contrastando con Muñoz en el 2011 en su trabajo titulado: "Calidad de vida en las pacientes menopaúsicas". En el dominio sexualidad, los síntomas se encontraron presentes en la gran mayoría de las mujeres. Sin embargo, ninguna manifestó la presencia de síntomas severos. Un 34% opinó que tenía satisfacción sexual, 27% interés por el sexo, 20% mostró importancia por el sexo y 18% refirió que mantenía sus relaciones sexuales frecuentemente sin problemas

Lugones, Valdés, Pérez en el año 1999 en su trabajo de investigación titulado: "Climaterio, familia y sexualidad", en relación con algunas de las características de la sexualidad, predominó la evitación de las relaciones sexuales en las mujeres postmenopáusicas con el 84,6 % con diferencias significativas en relación con las perimenopáusicas que la tuvieron en el 40,6 %; le

siguió la disminución del deseo sexual para el 75,0 % en las postmenopáusicas y el 59,6 % en las perimenopáusicas, con diferencias significativas entre ambos grupos.

Contrastando con Araya Gutiérrez en el año 2006, en su trabajo de investigación titulado: "Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo". La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano, es el resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que en conjunto influyen en la función sexual de las mujeres. La sexualidad se deteriora significativamente en las mujeres durante el climaterio. Las alteraciones más frecuentes son la disminución del deseo sexual, trastornos de la excitación, dispareunia y la incapacidad de alcanzar el orgasmo. Se estima que más de la mitad de las mujeres presenta disfunciones sexuales, lo que aumentaría con la edad.

Por lo tanto la sexualidad es parte de la vida misma de mujer postmenopáusica que ha estado algo estigmatizada debido, fundamentalmente, a los cambios fisiológicos por los que ella atraviesa en esta etapa, las transformaciones sociales que se han

dado alrededor de las féminas, hacen que esta comience a verse de una manera distinta.

En el cuadro N° 08 se observa que en la mujer postmenopáusica según la relación de pareja tiene un mayor porcentaje del 65,1% en pérdida moderada, mientras que el menor porcentaje 14,3 % tienen una pérdida grave.

Contrastando con Muñoz en el año 2011 en su trabajo de investigación titulado: "Calidad de vida en las pacientes menopaúsicas". En el dominio de relación de pareja, no se encontraron cambios severos en la Calidad de vida; sin embargo, en la gran mayoría de las mujeres entrevistadas se presentaron cambios que alteraron su calidad de vida de forma leve, la relación de este dominio y el estado del climaterio afecta por igual a la mujer premenopáusica y posmenopáusica. Respecto a si es feliz con su pareja 40% opinó ser feliz, en relación al trato 29% considera que es de igual a igual y 31% se siente bien con su rol de esposa.

Contrastando con Lugones, Valdés, Pérez en el año 1999 en su trabajo de investigación titulado: "Climaterio, familia y sexualidad", muestra las características de las relaciones familiares de estas

pacientes, y vemos que la mayoría de ellas las consideran malas para el 56,1 % en las perimenopáusicas y el 64,5 % en las postmenopáusicas, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Si profundizamos en los principales aspectos que dificultan las relaciones familiares se observa en este estudio que predomina la falta de comunicación y comprensión en el hogar en ambos grupos, fundamentalmente con su pareja, así como también la presencia de discusiones frecuentes, lo que puede considerarse crisis por desorganización.

Por lo tanto es muy importante la relación de pareja donde existe comprensión y apoyo de la misma sobre la etapa de la postmenopausia, pues será la única manera que la mujer sea mejor comprendida y esta padezca menos cambios forzosos que se producen en esta etapa y por ende envejecerá más saludablemente.

En el cuadro N°0 9 se observar que la pérdida leve de la menopausia y salud tiene una percepción mala de la salud de 57,1% mientras que el menor porcentaje de 2,8% tiene una buena percepción de salud con una pérdida grave en la menopausia y salud.

En el cuadro N°10 se puede observar que la pérdida moderada de la sintomatología vasomotora tiene una mala percepción de salud de 49,4 %, mientras que el menor porcentaje 8,3% tiene una buena percepción de salud con una pérdida grave en la sintomatología vasomotora.

Contrastando con Jiménez Sánchez, Marván Garduño en el 2005 en su trabajo titulado: “Significado psicológico de la Menopausia en mujeres en etapa adulta media”; se concluyó que su estado de salud general anterior a la menopausia, sus circunstancias sociales y sus expectativas acerca de los cambios en este periodo son predictores de la manera en que lo experimentan, además de que se ha comprobado que las mujeres que tienen actitudes negativas hacia ella son las que generalmente reportan tener más síntomas asociados.

Contrastando con Larroy García, Gutiérrez Gómez-Calcerrada en el 2009, en el estudio de investigación: “Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica efectos a corto plazo”. Donde concluye que la intensidad de la sintomatología parece estar mediada por diferencias culturales. Así, en aquellas culturas donde

la mujer madura es considerada importante por su experiencia y se encuentra perfectamente integrada dentro de su estatus social, apenas refiere sintomatología relacionada con la menopausia. Por el contrario, en las sociedades occidentales, donde la belleza y la juventud son excesivamente valoradas, la mujer madura atraviesa el período climatérico con muchas más dificultades y con una sintomatología más intensa. También en aquellas culturas donde la maternidad es fundamental para la mujer, la menopausia se vive de una forma más dramática.

Contrastando con Jiménez Sánchez en el 2004, en su trabajo titulado: "Significado psicológico, actitudes hacia la menopausia y autoconcepto en mujeres en la etapa adulta media". La mujer se enfrenta a la menopausia con actitudes y expectativas, que de ser adversas, favorecen la aparición de cuadros sintomáticos y psicopatológicos, o limita, al menos la posibilidad de vivir el climaterio como una etapa normal de la vida, en donde se tiene la posibilidad de lograr un desarrollo y crecimiento personal. Así mismo refiere que se ha encontrado que los síntomas vasomotores, como lo son los bochornos, están asociados con las actitudes que se tengan hacia la menopausia, pues se ha hallado que cuando estas son negativas, hay posibilidad de que se presenten síntomas.

Por lo tanto la postmenopausia no es una enfermedad pero sus síntomas alteran la calidad de vida de la mujer. La percepción de salud juega un papel importante en la mujer, en como se enfrenten los estresores en esta etapa y en particular los síntomas que se presenten, o lo que quiere decir en el como se viva esta etapa a lo que puede llevar a las mujeres al desarrollo, cuando es percibida como una experiencia positiva, o la limitación cuando es percibida de la manera contraria.

En el cuadro N°11 se puede observar que la pérdida leve del envejecimiento tiene una buena percepción de salud de 55,6 %, mientras que el menor porcentaje 6% tiene una regular percepción de salud con una pérdida grave en el envejecimiento.

Contrastando con López-Pisa, Colás-Taugís en el año 2006, en su trabajo titulado “Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años” El envejecimiento exitoso o saludable, en la mujer en la postmenopausia no sólo es la ausencia de enfermedad y/o discapacidad, sino una actitud y capacidad de afrontar situaciones estresantes, que permite vivir esta etapa de forma satisfactoria a pesar de la discapacidad o la enfermedad. Se

identificó los factores que más discriminan entre un mejor o peor envejecimiento saludable: hacer cosas útiles, conservar un equilibrio entre retos y habilidades, tener una actitud personal positiva y disponer de recursos apropiados. Otros autores también consideran que el hecho de mantener la satisfacción vital a pesar de las pérdidas que acompañan al envejecimiento depende de habilidades personales, y que los factores protectores son sociodemográficos, psicológicos y sociales, además de los puramente biológicos.

Contrastando con Jiménez Sánchez en el 2004, en su trabajo titulado: “Significado psicológico, actitudes hacia la menopausia y autoconcepto en mujeres en la etapa adulta media”. Muchas mujeres tomaron conciencia del envejecimiento y la creciente estigmatización basada en los signos visibles, lo cual creaba miedo a ser discriminadas en el trabajo y rechazadas o abandonadas por su pareja, y ese miedo producía un sentimiento de vulnerabilidad y vergüenza.

Contrastando con la Organización Mundial de la salud en el 1998 en su trabajo titulado: “Mujeres, envejecimiento y salud”. A medida que aumenta la esperanza de vida en la mayoría de los países, se

estima que el número de mujeres mayores de 65 años aumentará de 330 millones en 1990 a 600 millones en 2015.

Muchas de estas mujeres mayores habrán sufrido una mala alimentación, una mala salud reproductiva, unas condiciones de trabajo peligrosas, violencia y enfermedades relacionadas con su estilo de vida, todo lo cual agrava los fenómenos postmenopáusicos que suponen aumento de las probabilidades de sufrir cáncer de mama y de cuello de útero así como osteoporosis.

Así podemos deducir que el envejecimiento es parte integrante y natural de la vida en la mujer. La forma en que envejece y vive una mujer este proceso, su salud y capacidad funcional depende no solo de su estructura genética, sino también de lo que ha hecho durante su vida. Las funciones fisiológicas declinan con la edad, cuando la mujer envejece su cuerpo y su mente cambian, algunos cambios son normales al envejecer mientras que otros pueden ser un problema de salud.

En el cuadro N° 12 se puede observar que la pérdida leve del dominio psíquico tiene una mala percepción de la salud de 71,4 %, mientras que la pérdida moderada del dominio psíquico de 66,7% tiene una buena percepción de salud.

Contrastando de Asili en el año 2006, en su libro “Vida Plena En La Vejez”. La mayoría de las mujeres presentan algunos síntomas durante el climaterio, pero éstos no les impiden seguir realizando sus actividades cotidianas, asimismo, algunas mujeres no presentan ningún tipo de síntomas y, finalmente, algunas otras perciben a la menopausia como una época muy difícil de su vida. Las mujeres con actitudes más negativas hacia las menopausia generalmente reportan tener mas síntomas, tanto físicos como emocionales. En México hemos observado que las mujeres con actitudes negativas hacia la menopausia experimentan mayor grado de fatiga, irritabilidad, inestabilidad emocional y depresión. De la misma manera, las mujeres que reportan tener mejor salud física y emocional son las que tienen actitudes más positivas hacia la menopausia.

Contrastando con Jiménez Sánchez en el 2004, en su trabajo titulado: “Significado psicológico, actitudes hacia la menopausia y autoconcepto en mujeres en la etapa adulta media”. Hay que tener en cuenta que durante la menopausia las mujeres pueden experimentar otros eventos que pueden ser considerados como estresores o causantes de cambios importantes en la vida personal,

familiar o social, como son los problemas de salud, de cuidado de los padres, problemas financieros, el retiro laboral, cambios en la imagen corporal, redefinición de roles, enfermedad y la muerte de familiares o amigos, el síndrome del nido vacío, etc. Estos cambios pueden desencadenar sentimientos de vacío, baja autoestima, desesperanza e incompetencia. Sin embargo, las mujeres que tienen objetivos bien definidos acordes a su nueva condición, y que perciben a la menopausia como un periodo de desarrollo personal, no tienen por qué presentar estos sentimientos negativos.

Contrastando con Valdez, Román y Cubillas (2005), en su trabajo titulado “Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas”; considera que los adultos mayores, con la llegada a la tercera edad y el cambio en su estilo de vida, se ven enfrentados a un impacto psicológico que modifica sus comportamientos e ideas, y ven disminuida la práctica de actividad física e intelectual, lo cual lleva a un menor contacto con otros que puede predisponer a la depresión y repercutir en la percepción del estado de salud.

Así el bienestar emocional repercute hacia la percepción de salud de la mujer postmenopáusica, pudiéndose decir que el dominio psíquico es una determinantes a la hora de hablar en la percepción

de la salud de la mujer postmenopáusica ya que las estrategias utilizadas para afrontar los cambios, la satisfacción con la vida, la autoestima, las habilidades funcionales, la realización de actividades, y el funcionamiento intelectual son los que llevan a que la percepción en salud de la mujer postmenopáusica sea positivo y por ende, lleven a tener comportamientos y pensamientos orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la postura que se asuma ante la misma.

En el cuadro N°13 se puede observar que la pérdida moderada de la sexualidad tiene una regular percepción de la salud de 90,4 %, mientras que la pérdida grave de la sexualidad de 2,8% tiene una buena percepción de salud.

Contrastando Muñoz Bravo, Castro en el 2005 en su trabajo titulado: "Vivencias de las mujeres durante la etapa de la menopausia "; la conducta sexual esta determinada en gran medida por el sentido de la vida y el sentido personal de las mujeres sobre la sexualidad y por su integración al sistema de valores de la estructura social. Es evidente en el estudio que las mujeres con el transcurrir de los años y en especial durante la etapa de la menopausia notaron modificaciones en su sexualidad y la mayoría reconocieron no estar preparadas para estos cambios. Aceptar que

la vida sexual puede disfrutarse plenamente en la menopausia, puede llenar de alegría, miedo o frustración dependiendo de las satisfacciones que se generen. Es importante resaltar que alrededor del tema de la sexualidad en la menopausia existen mucho mitos, prejuicios y tabúes, haciendo que la mujer no exprese abiertamente su opinión acerca de este tema.

Se deduce que la mujer postmenopáusica al tener una pérdida moderada en su sexualidad tiene una regular percepción de salud. Pues se ha dicho hasta la saciedad que la sexualidad humana forma parte consustancial de la actividad general ordinaria de nuestra especie y que es capaz de sustentar la autoestima mejorando extraordinariamente la calidad de vida cuando aquella es ejercida en plenitud.

En el cuadro N°14 se puede observar que la pérdida moderada de la relación de pareja tiene una mala percepción de la salud de 71,4 %, mientras que la pérdida moderada de la sexualidad de 71,1% tiene una regular percepción de salud

Contrastando con Gutiérrez en el 2013 en su recopilación de estudios de investigación titulado: "Las parejas felices envejecen más saludablemente"; las parejas casadas, o que viven en pareja,

parecen tener una salud mental y física mejor que los que no lo están y menos probabilidades de padecer una enfermedad crónica que las personas viudas o divorciadas. Un estudio de la Universidad de Missouri (EE.UU.) asegura que las parejas felices son más proclives a calificar su estado de salud como bueno. Los datos, que se publican en *Journal of Family Psychology*, mostraron que, en todas las etapas del matrimonio, las relaciones positivas o negativas afectaban de alguna manera a la salud de los individuos. Según la investigadora, cada miembro de una pareja debe ser consciente de que la forma en que tratan a los demás y lo felices que son en su relación de pareja afecta a la salud de los dos.

González Labrador, Miyar Pieiga en el 2001, en su trabajo titulado: "Respuesta sexual en la mujer climatérica"; como cualquier época de la vida, el afecto, la comprensión, la comunicación y el cariño son imprescindibles en la realización humana, y mucho más durante el climaterio donde la respuesta sexual tiene modificaciones; sin esos recursos, las dificultades serán mucho más frecuentes, y oscurecerán el pronóstico de una fase también importante en la vida de la mujer.

Contrastando con Rodriguez Miranda en el 2004 en su tesis titulada: "Calidad de vida y apoyo de pareja a mujeres en la etapa del climaterio"; respecto al apoyo que las mujeres perciben de su compañero, la relación entre apoyo de pareja y calidad de vida se encontró una correlación positiva lo que significa que a mayor apoyo mejor calidad de vida.

Por lo tanto la relación de pareja beneficia a la salud a medida que la mujer avanza hacia la postmenopausia.

En el cuadro N°15 se observa una pérdida moderada de la calidad de vida y regular percepción de salud con un 73,8% mientras que la pérdida grave de la calidad de vida tiene una regular percepción de salud en un 66,7%

Contrastando con Cornellana Puigarnau en el año 2009 en su libro titulado: "La menopausia al inicio del siglo XXI" Si una mujer cree que la postmenopausia es el final de la feminidad y que le espera un infierno de síntomas, es más proclive a tener un importante deterioro de su calidad de vida. La instauración de prejuicios o visiones negativas sobre la postmenopausia, considerándola una enfermedad, se correlacionan con una peor vivencia de ésta. Por el contrario, una visión positiva, como periodo

de madurez y una etapa fisiológica de la vida de la mujer, minimiza el impacto sintomatológico.

Por lo tanto se deduce que a pesar de que la postmenopausia es un fenómeno universal, no todas las mujeres la experimentan de la misma manera. Existen muchas variables de tipo biológico, psicológico y sociocultural que interaccionan para determinar los cambios que una mujer presenta durante la postmenopausia, así como los sentimientos que experimenta durante tal periodo. De esta manera, la postmenopausia puede ser una experiencia positiva o negativa. Las actitudes que tiene una mujer hacia la postmenopausia influyen significativamente en los síntomas que presenta, así como en la forma de afrontar los estresores característicos de esta etapa de la vida. Por ello, las mujeres con actitudes negativas pueden estar en riesgo de vivir su menopausia como una experiencia negativa y viceversa.

El estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de la mujer postmenopáusica serán los influyan en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

1. La percepción de la salud de la mujer durante la postmenopausia es regular (65,9%).
2. La mujer postmenopáusica percibe que tiene una pérdida moderada de la calidad de vida en: la menopausia y salud (53,2%), sintomatología vasomotora (48,4%), envejecimiento (50,4%), dominio psíquico (61,9%), sexualidad (88,9%), relación de pareja de la mujer (65,1%).
3. La pérdida moderada de la calidad de vida se relaciona con la regular percepción de salud en la mujer durante la postmenopausia.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la creación de un programa de salud específico para atender a la población postmenopáusica, en donde podrá enfrentar sus temores, reestructurar sus ideas erróneas sobre la visión de la postmenopausia a nivel, físico, emocional y sexual
- Establecer sistemas y convenios de apoyo integrado por el ministerio de salud, municipalidad y sector académico universitario para mejorar la calidad de vida en estas pacientes a través de la información, educación y comunicación.
- Se recomienda implementar políticas públicas, desarrollar proyectos de asistencia a la Salud adecuados para la mujer postmenopáusica enfocados a la promoción de la salud.
- Se recomienda realizar estudios de investigación cualitativos, sobre características sociodemográficas de la mujer postmenopáusica para mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. BASAVILVAZO RODRIGUEZ et al. Atención del climaterio y menopausia [en línea]. México: Secretaria de salud; 2009 [acceso 9 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
2. YABUR TARRAZZI. J. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer venezolana durante la perimenopausia y la posmenopausia Colección Razetti 2010; 10: 493-550.
3. CHALCO CASTILLO.N. Factores exógenos que predisponen a la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas de la comunidad bocanegra – callao”. [Tesis profesional]. Perú: Universidad Nacional Del Callao,2011
4. HERNÁNDEZ GUILLAMA. G, ROMERO LEAL. N. Caracterización del climaterio y menopausia en la mujer venezolana. Revista de ciencias medicas de la Habana 2011; 17(1):68-79.
5. DALBERT D. Enfoque Holístico Del Climaterio. Revista Nuestro Hospital 1997; 1(2).
6. DEL PRADO .M, FUENZALIDAA. A, JARAA. D, FIGUEROA. R. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años

mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale), Rev Méd Chile 2008; 136: 1511-1517.

7. LÓPEZ. F. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la menopause rating scale (mrs). Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(6): 375 – 382.
8. ARAYA GUTIÉRREZ.A, URRUTIA SOTO.M. Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. Ciencia y enfermería 2006; 12 (1): 19-27.
9. CAPOTE BUENO. M, SEGREDO PÉREZ. A, GÓMEZ ZAYAS. O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 [acceso 13 de agosto 2012]; 27(4): 543-557. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es.
10. LLANOS TEJADA F. Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Rev Med Hered 2004; 15(1): 24-29.
11. GONZÁLES, CARRILLO. En el estudio titulado “Estudio sobre la Menopausia en el Perú. Acta andina 1994; 3(1): 55-66
12. VIVANCO, C., PILCO, R. Perspectivas, Mitos y Realidades sobre el Climaterio en Mujeres que laboran en la Universidad Nacional

Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Abril 2005 – Abril 2006”.
[Tesis profesional]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre
Grohmann, facultad de Obstetricia, 2006.

13. RAMIREZ ATENCIO.C. Edad de presentación de la menopausia y nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres climatéricas atendidas en el centro de salud de alto de la alianza del 2008 al 2011. Revista Medica Basadrina 2011; 5(2): 11-15.
14. ROJAS CABANA. Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopaúsicas del asentamiento humano Cerro El Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho 2001. [Tesis profesional]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2003.
15. PACHECOJ. Ginecología, Obstetricia y reproducción. 2da ed. Perú: REP SAC; 2007
16. LUGONES BOTELL M, QUINTANA RIVERÓN T, CRUZ OVIEDO Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(5):494-503
17. GÓMEZ M, SABEH E. Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica [en línea]. Investigación: inico.usal.es [accesado 28 octubre 2012]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

18. JIMÉNEZ ROMERA C. Calidad de vida. Documentos: habitat.aq.upm.es; 2007 [accesado 18 setiembre 2012]. Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.html>
19. MISRACHI C, ESPINOZA I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Revista dental de Chile 2005; 96 (2): 28-35
20. CORNELLANA PUIGARNAU. La menopausia al inicio del siglo XXI. Barcelona: Glosa; 2009
21. VARGAS J. Intensidad del síndrome climatérico en relación a calidad de vida en mujeres post menopáusicas de la región de salud Tacna – Minsa, 2007. [Tesis profesional]. Perú: Universidad nacional de San Agustín de Arequipa, 2009
22. VALENZUELA M. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. ciencia y trabajo 2005; 7(17): 118-122
23. Observatorio de la sostenibilidad en España. Indicadores de sostenibilidad económica y social 2006; 15(1): 449-450
24. ABELLÁN A. Percepción del estado de salud. Rev Mult Gerontol 2003;13(5):340-342
25. FERNANDEZ GARRIDO J. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en

dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Valencia, 2009.

26. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID. Teorías del envejecimiento [en línea]. Tema: uam.es; 2005 [accesado 5 noviembre 2012]. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf

27. SARABIA COBO C. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. Gerokomos [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2012 octubre 20]; 20(4):172-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2009000400005>.

28. BARRANTES SOLANO A, MARÍN VALENCIANO M, MURILLO VINDAS. Factores protectores con relación a la calidad de vida de las adultas mayores del grupo acción [Tesis profesional]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 1998

29. MIJANGOS PACAS. La vejez: "Olvido y esperanza" [en línea]. Archivos: url.edu.gt.es; 2007 [accesado 23 enero 2013]. Disponible en:

<http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/83/Archivos/Departamento%20de%20Investigaciones%20y%20publicaciones/Cuadernos%20de%20investigacion/Cuaderno%20de%20Investigacion%20%20La%20Vejez%20Olvido%20y%20Esperanza.pdf>

30. LUGONES, VALDÉS, PÉREZ. Climaterio, familia y sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):134-9
31. MUÑOZ. Calidad de vida en las pacientes menopaúsicas. [Tesis profesional]. Venezuela: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales "Dr. José María Carabaño, 2011.
32. LIÑÁN C. Menopausia y envejecimiento en la mujer. Endocrinol Nutr 2004;51(2):48-54
33. TRIVIÑO, STIEPOVICH. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia", Colomb Med 2007; 38: 395-407.
34. BLUMEL JE, ARAYA H, RIQUELME R, CASTRO G, SÁNCHEZ F, GRAMEGNA G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev Med Chile 2002; 130: 1131-1138
35. CID P. Factores personales asociados al estilo de vida promotor de salud en residentes de barrio norte. [Tesis Magíster en Enfermería]. Chile: Universidad de Concepción; 2004

36. PENDER N, MURDAUGH C, PARSON M. Health promotion in nursing practice. 4ª ed. New Jersey: Prentice Hill; 2002.
37. JIMÉNEZ SÁNCHEZ, MARVÁN GARDUÑO. Significado psicológico de la Menopausia en mujeres en etapa adulta media. *Psicología y Salud* 2005; 15(1): 69-76
38. JIMÉNEZ SÁNCHEZ. Significado psicológico, actitudes hacia la menopausia y autoconcepto en mujeres en la etapa adulta media. [Tesis Magíster Psicología con orientación clínica]. México: Universidad de las Américas Puebla ; 2004
39. LARROY GARCÍA, GUTIÉRREZ GÓMEZ-CALCERRADA. Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica efectos a corto plazo. *Psicothema* 2009; 21 (2): 255-261
40. LÓPEZ-PISA, COLÁS-TAUGÍS. Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enferm Clin* 2006; 16 (1):27-34
41. Organización Mundial de la Salud. Mujeres, envejecimiento y salud: Conservar la salud a lo largo de la vida. Ginebra: OMS; 1998.
42. ASILI. Vida Plena En La Vejez. 1era ed. México: Pax México; 2004

43. VALDEZ, ROMÁN Y CUBILLAS. Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y salud* 2005; 15 (001):131
44. MUÑOZ BRAVO, CASTRO. Vivencias de las mujeres durante la etapa de la menopausia. *Facultad ciencias de la salud* 2005; 7(2):23-33
45. GUTIÉRREZ. Las parejas felices envejecen más saludablemente [en línea]. *Salud: Abcdesevilla.es*; 2013 [accesado 15 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.abcdesevilla.es/salud/noticias/parejas-felices-envejecen-saludablemente-14225.html>
46. GONZÁLEZ LABRADOR I, MIYAR PIEIGA E. Respuesta sexual en la mujer climatérica. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2001 Ago [acceso 10 enero 2012] ; 17(4): 390-394. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400013&lng=es.
47. RODRIGUEZ MIRANDA. Calidad de vida y apoyo de pareja a mujeres en la etapa del climaterio [Tesis profesional]. México: Universidad Autónoma de Nueva León, 2004

48. ARRIAGADA HERNÁNDEZ, GONZÁLEZ ESPINOZA. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. [Tesis profesional]. Chile: Universidad de Chile, 2006

ANEXOS

ANEXO Nº 01

ESCALA CERVANTES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Edad:_____ Estado civil:_____

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación y si tiene alguna duda sírvase preguntar.

Responda a las preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marque el 5 y si está totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias.

No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.

Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial

1	Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más	0	1	2	3	4	5
2	No puedo más de lo nerviosa que estoy	0	1	2	3	4	5
3	Noto mucho calor de repente	0	1	2	3	4	5
4	Mi interés por el sexo se mantiene como siempre	0	1	2	3	4	5
5	No consigo dormir las horas necesarias	0	1	2	3	4	5
6	Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	0	1	2	3	4	5
7	Noto hormigueos en las manos y/o los pies	0	1	2	3	4	5
8	Me considero feliz en mi relación de pareja	0	1	2	3	4	5
9	De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	0	1	2	3	4	5
10	He perdido la capacidad de relajarme	0	1	2	3	4	5
11	Aunque duermo, no consigo descansar	0	1	2	3	4	5
12	Noto como si las cosas me dieran vueltas	0	1	2	3	4	5
13	Mi papel como esposa o pareja es..	0	1	2	3	4	5
14	Creo que retengo líquido, porque estoy hinchada	0	1	2	3	4	5
15	15. Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	0	1	2	3	4	5
16	Noto que los músculos o las articulaciones me duelen	0	1	2	3	4	5
17	Creo que los demás estarían mejor sin mí	0	1	2	3	4	5
18	Me da miedo hacer esfuerzos porque se me	0	1	2	3	4	5

	escapa la orina						
19	Desde que me levanto me encuentro cansada	0	1	2	3	4	5
20	Tengo tan buena salud como cualquier persona a mi edad	0	1	2	3	4	5
21	Tengo la sensación de que no sirvo para nada	0	1	2	3	4	5
22	Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes	0	1	2	3	4	5
23	Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control	0	1	2	3	4	5
24	A veces pienso que no me importaría estar muerta	0	1	2	3	4	5
25	Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	0	1	2	3	4	5
26	En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual	0	1	2	3	4	5
27	Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca	0	1	2	3	4	5
28	Me siento vacía	0	1	2	3	4	5
29	Noto sofocaciones	0	1	2	3	4	5
30	En mi vida el sexo es ...	0	1	2	3	4	5
31	He notado que tengo más sequedad de piel	0	1	2	3	4	5

Menopausia y Salud (15 ítems):

Respuestas 1, 3, 5, 7, 9, 11, 14, 16, 18, 20, 23, 25, 27, 29, 31

Sintomatología vasomotora:

Respuestas 3, 9, 29

Salud:

Respuestas 1, 5, 11, 14, 23

Envejecimiento:

Respuestas 5, 7, 16, 18, 25, 27, 31

Dominio Psíquico (9 ítems):

Respuestas 2, 6, 10, 12, 17, 18, 19, 21, 24

Sexualidad (4 ítems):

Respuestas: 4, 15, 22, 30

Relación de pareja (3 ítems):

Respuestas 8, 13, 26

LA CLASIFICACION DE LA ESCALA DE CERVANTES SOBRE
CALIDAD DE VIDA

PERDIDA GRAVE	
PERDIDA MODERADA	
PERDIDA LEVE	

Totalmente en desacuerdo: 0

En desacuerdo moderado: 1

En desacuerdo leve: 2

Indiferente: 3

De acuerdo: 4

Totalmente de acuerdo: 5

PERDIDA GRAVE GRAVE (4 , 5)

PERDIDA MODERADA (2, 3)

PERDIDA LEVE LEVE (0,1)

ANEXO Nº 02

SALUD	ITEMS	TV	BC	NLS	BF	TF
Percepción de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Se pone enferma más fácil que otras personas • Esta tan sana como cualquiera • Considera que su salud empeorara • Mi salud es excelente 					

TV: Todo verdadero

BC: Bastante cierto

NLS: No lo sé

BF: Bastante falso

TF: Totalmente falso

Mala : TV, BC

Regular: NLS

Buena: BF, TF

ANEXO N° 03

PRUEBA PILOTO-CONFIABILIDAD

Calidad de vida

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,890	31

ANEXO N° 04

VALIDACION POR EXPERTOS

Procedimiento:

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios

N° de Ítems	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	4	4	4	4.25
2	5	5	5	4	4.75
3	4	4	4	5	4.25
4	5	5	5	4	4.75
5	5	5	5	4	4.75
6	5	4	4	4	4.25
7	5	5	5	4	4.75
8	5	5	5	5	5
9	5	5	5	4	4.75

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2+(x-y_2)^2+\dots+(x-y_9)^2}$$

Donde:

x = valor máximo en la escala concedido para cada ítem

y = El promedio de cada ítem

$$DPP = \sqrt{(5-4.25)^2+(5-4.75)^2+(5-4.25)^2+(5-4.75)^2+(5-4.75)^2+(5-4.25)^2+(5-4.75)^2+(5-5.0)^2+(5-4.75)^2}$$

$$DPP= 1.22$$

3. Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0) , con la ecuación .

$$D \text{ máx.} = \sqrt{(x_1-1)^2+(x_2-1)^2+\dots\dots\dots+(x_n-1)^2}$$

Donde:

x = valor máximo en la escala para cada ítem (es decir 5)

y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (es decir 1)

$$D \text{ máx.} = \sqrt{(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2+(5-1)^2}$$

$$D \text{ máx.} = 12$$

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de le escala

$$\frac{Dmax}{5} = 12/5=2.4$$

5. Con éste último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalo iguales entre sí, llamándose con las letras A, B, C, D, E

Siendo:

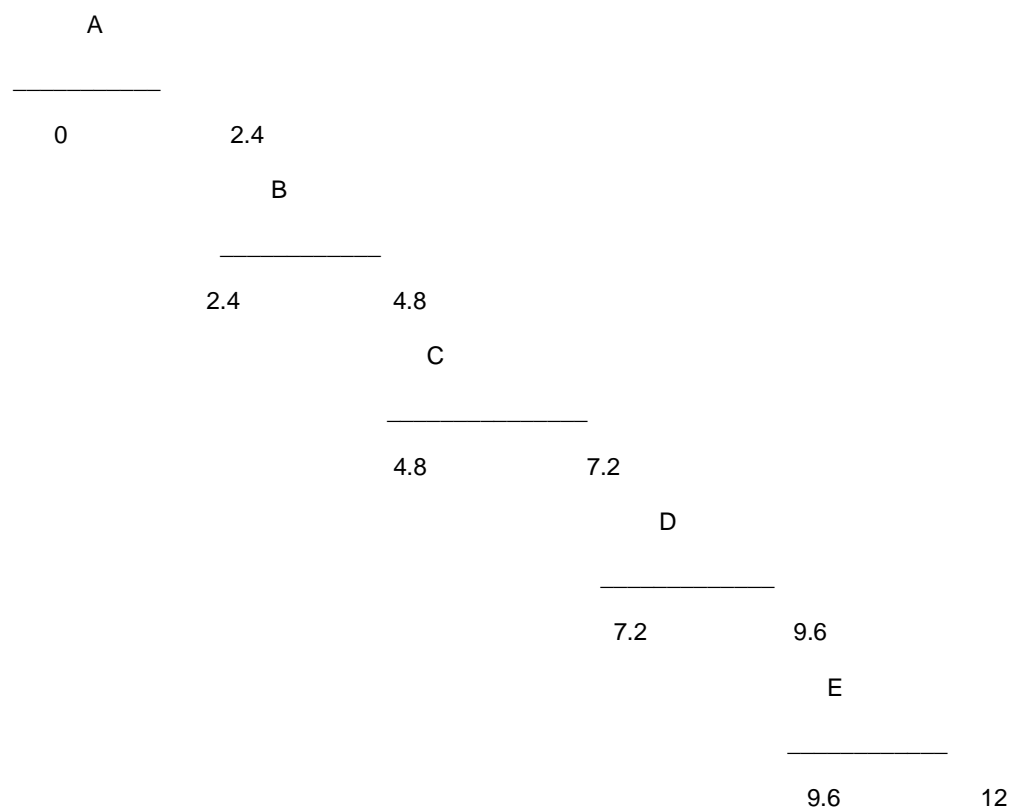
A= Adecuación total

B= Adecuación en gran medida

C= Adecuación promedio

D= Escasa adecuación

E= Inadecuación



6. El punto DPP debe caer en la zona A y B caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y /o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos . En el caso nuestro, el valor DPP fue 1.22 cayendo en la zona “A” lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la investigación.

ANEXO N°05

EDAD, Y ESTADO CIVIL EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012.

Edad	Nº	%
57-63	30	23,8
64-70	61	48,4
71-78	35	27,8
Total	126	100,0
Estado civil	Nº	%
Soltera	14	11,1
Casada	51	40,5
Viuda	43	34,1
Conviviente	16	12,7
Divorciada	2	1,6
Total	126	100,0

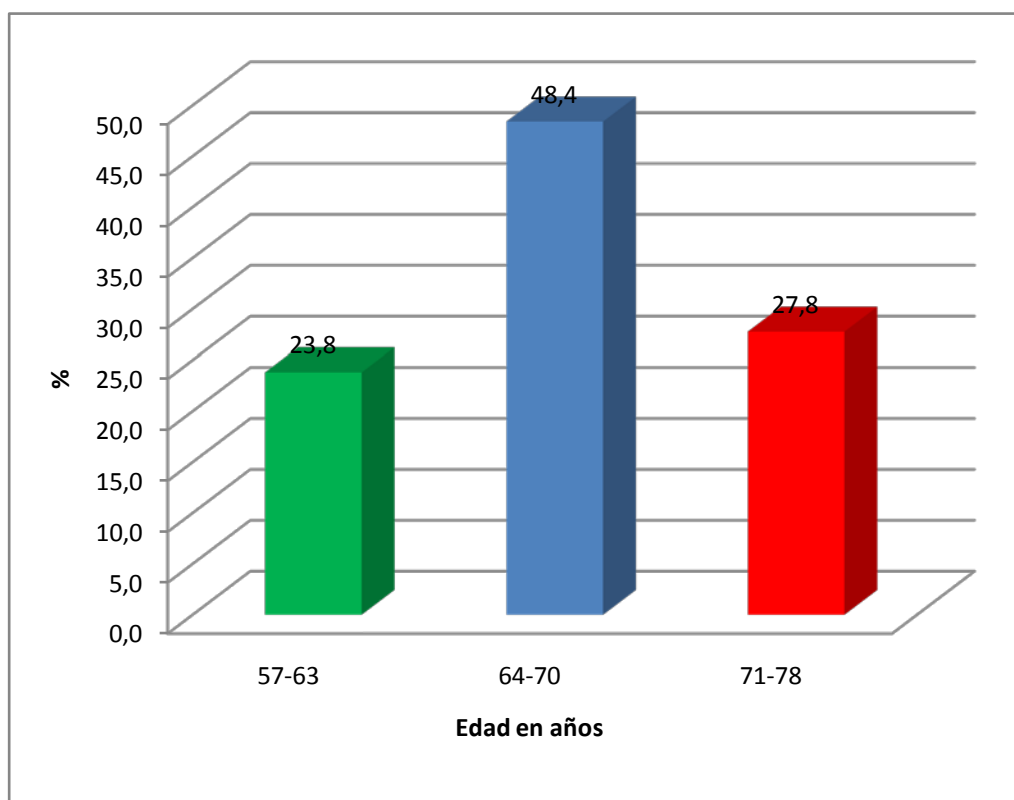
Fuente: Encuesta aplica a la mujer postmenopáusica en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa 2012.

Se observa que el mayor porcentaje en la edad es de 48,4% y comprende mujeres que tienen edades de 64 a 70 años, y un 23,8 % comprende la edades de 57 a 63 años.

En el estado civil se observa que el mayor porcentaje 40,5%, de mujeres son casadas, mientras que el menor porcentaje 1,6 % son divorciadas

ANEXO Nº 06

EDAD, Y ESTADO CIVIL EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012



ANEXO Nº 7

EDAD, Y ESTADO CIVIL EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA EN EL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA 2012

