

# Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Doctorado en Medicina



## CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

Tesis presentada para optar el Grado  
Académico de Doctor en Medicina por el  
Magíster MIGUEL MONTES CÁCERES

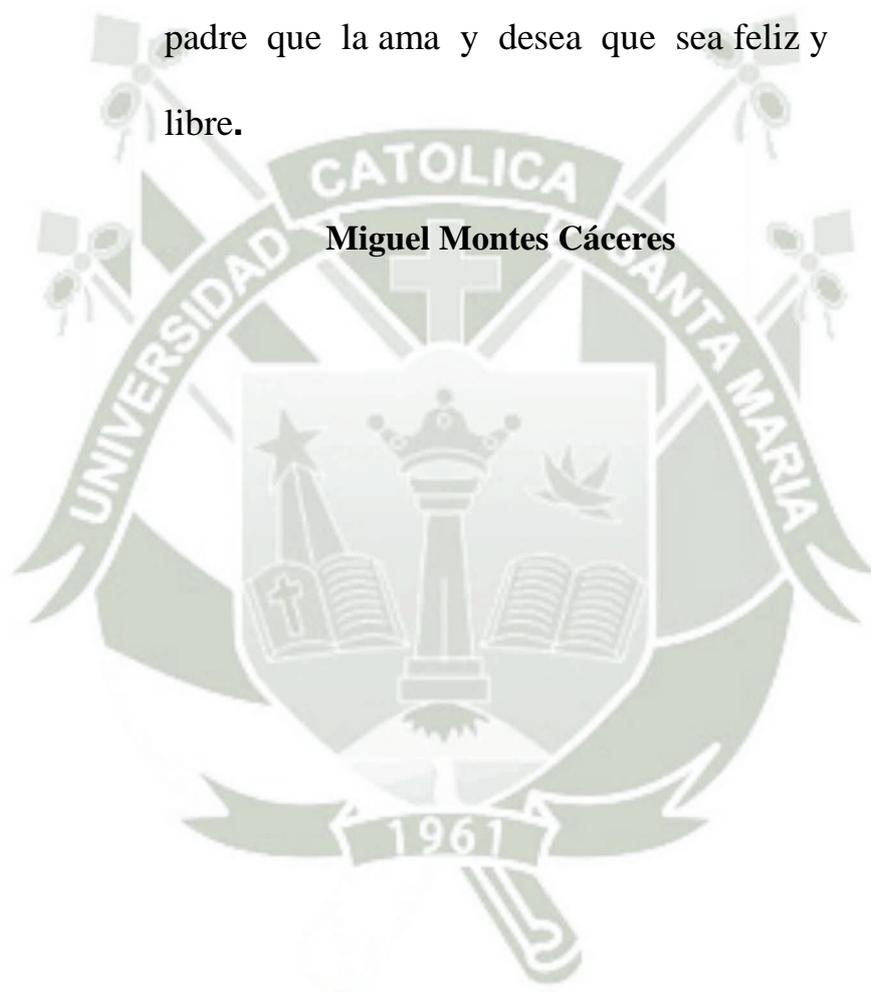
Arequipa – Perú

2004

## DEDICATORIA

A mi hija Alejandra Fátima, para que  
en sus 15 años tenga este recuerdo de su  
padre que la ama y desea que sea feliz y  
libre.

**Miguel Montes Cáceres**



## Epígrafe

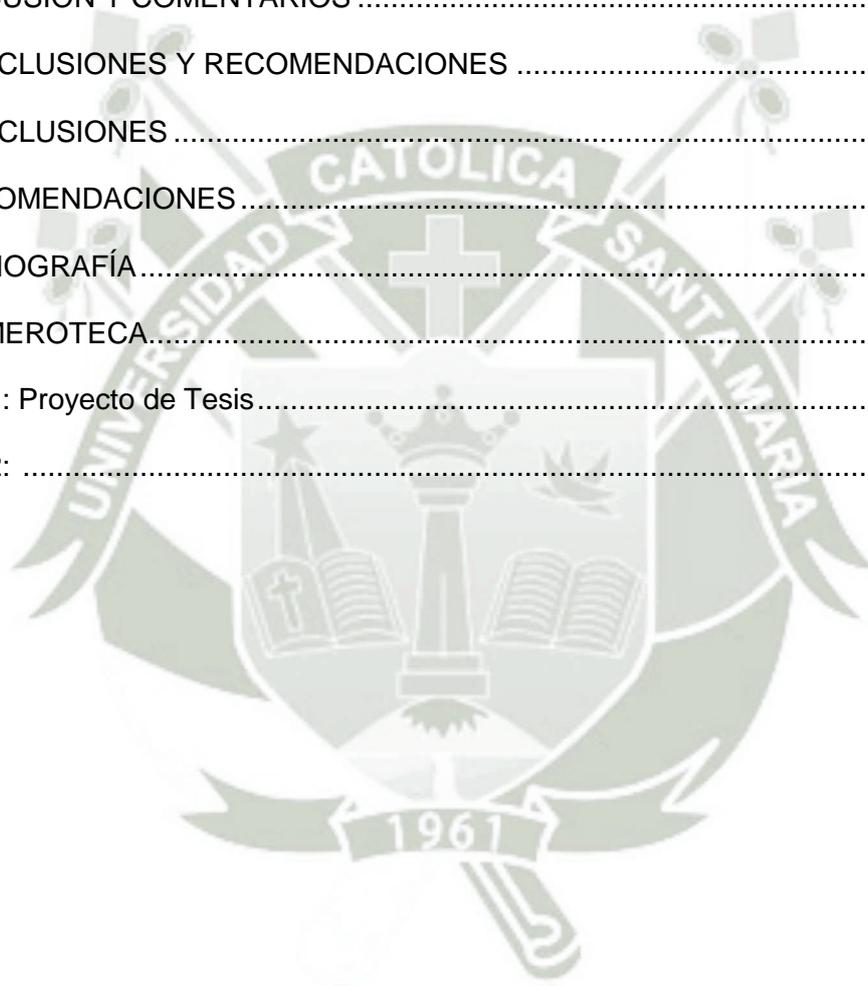
El maestro que camina a la sombra del templo, en medio de sus discípulos, no les da de su sabiduría, sino, más bien, de su fe y de su afecto.

Kahlil Gibran



## ÍNDICE

RESUMEN .....	5
SUMMARY .....	7
INTRODUCCIÓN .....	9
I. RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	44
II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	57
CONCLUSIONES .....	58
RECOMENDACIONES .....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	62
HEMEROTECA.....	11
ANEXO 1: Proyecto de Tesis.....	73
ANEXO 2: .....	108



## RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad responder a la interrogante: ¿Existe semejanza y/o diferencias en los conceptos y actitudes de madres e hijas frente al climaterio y cuáles fueron las experiencias en las abuelas frente al climaterio? en nuestra población. Los objetivos fueron: Comparar los conceptos o conocimientos y las actitudes frente al climaterio en los grupos de hijas y madres y analizar las experiencias frente al climaterio en la generación de abuelas. Las unidades de estudio fueron tres generaciones de mujeres emparentadas, compuestas por 70 adolescentes de 15 a 19 años, 70 madres pre y perimenopáusicas de 37 a 51 años de edad y 70 abuelas postmenopáusicas de 50 a 77 años de edad. El tipo de estudio fue transversal, descriptivo y analítico. La técnica seguida fue la entrevista, el instrumento fue validado en su operatividad y por un experto en una primera etapa de 8 grupos de entrevistas. Para elegir los grupos familiares se definió zonas urbanas de la provincia de Arequipa, en los distritos de Cerro Colorado, Socabaya, Hunter, J. L. Bustamante y Rivero, Paucarpata, Miraflores, Arequipa cercado y Yanahuara.

De acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, se encontraron diferencias significativas en el conocimiento del concepto, causas, manifestaciones clínicas y sobre los problemas o enfermedades asociadas al climaterio entre las adolescentes y las madres.

Así mismo, se encontraron diferencias estadísticas, en las actitudes hacia qué debe hacer una mujer durante el climaterio, cambios en la alimentación, necesidad de recibir tratamiento médico; entre las adolescentes y

madres entrevistadas. No hubo diferencia estadística en la actitud hacia el cambio en la apariencia personal durante el climaterio, en ambos grupos.

En el grupo de abuelas el climaterio se inició generalmente entre los 40 y 45 años y terminó entre los 50 y 55 años. La menopausia ocurrió con más frecuencia entre los 44 y 47 años. Se ocupan en su casa o son jubiladas. Conceptúan el climaterio como una etapa crítica de la mujer que se dirige a la vejez debido al cese hormonal. Los síntomas más frecuentes fueron: cefalea, osteoartralgias, bochornos, trastornos del ciclo menstrual y cambios del carácter. Las complicaciones que presentaron fueron: cambios del carácter, osteoporosis y algunas enfermedades intercurrentes. El 70% de las abuelas no recibieron ningún tratamiento. El 62% mantuvieron sus relaciones sexuales con sus parejas y un tercio las suspendió. Las relaciones familiares fueron buenas en el 62% y éstas fueron con comprensión y comunicación.

**PALABRAS CLAVES:** Climaterio, menopausia.

## SUMMARY

The present investigation had as purpose to respond to the question: Does it exist likeness and/or differences in the concepts and mothers' attitudes and daughters in front of the climaterio and which were the experiences in those in front of the climaterio? in our population. The objectives were: To compare the concepts or knowledge and the attitudes in front of the climaterio in the groups of daughters and mothers and to analyze the experiences in front of the climaterio in the generation of grandmothers. The study units were three generations of related women, composed by 70 adolescents from 15 to 19 years, 70 mothers pre and peri menopáusicas from 37 to 51 years of age and 70 grandmothers post menopáusicas of 50 to 77 years of age. The study type was traverse, descriptive and analytic. The followed technique was the interview, the instrument it was validated in its operability and for an expert in a first stage of 8 groups of interviews. To choose the family groups he/she was defined urban areas of the county of Arequipa, in the districts of Hill Colorado, Socabaya, Hunter, J. L. Bustamante and Rivero, Paucarpata, Miraflores, fenced Arequipa and Yanahuara.

According to the statistical test of Squared Ji, they were significant differences in the knowledge of the concept, causes, clinical manifestations and on the problems or illnesses associated to the climaterio.

Likewise they were differences statistically different, in the attitudes a woman should make during the climaterio toward what, changes in the feeding, necessity to receive medical treatment; between the adolescents and interviewed mothers. There was not difference statistic in the attitude toward the change in the personal appearance during the climaterio, in both groups.

In the group of grandmothers the climaterio generally began between the 40 and 45 years and it finished between the 50 and 55 years. The menopause happened with more frequency between the 44 and 47 years. They are in charge of in their house or they are retired. Conception the climaterio like the woman's critical stage that he/she goes to the age due to the hormonal ceasing. The most frequent symptoms were: migraine, osteoartralgias, shames, dysfunctions of the menstrual cycle and changes of the character. The complications that presented were: changes of the character, osteoporosis and some illnesses intercurrances. 70% of the grandmothers didn't receive any treatment. 62% maintained its sexual relationships with their give birth and a third suspended them. The family relationships were good in 62% and these were with understanding and communication.

KEY WORDS: Climaterio, menopause.



## INTRODUCCIÓN

El climaterio ha adquirido una importancia sin precedentes en los últimos años debido a que ocupa la primera causa de consulta externa en la especialidad de Ginecología y Obstetricia según el perfil epidemiológico y la tercera causa de consulta general en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD. La salud constituye una de las aspiraciones humanas fundamentales que requiere una permanente evolución de los conocimientos y de la incorporación de métodos diagnósticos y terapéuticos cada día más complejos y sofisticados. De ahí que los trabajos científicos sobre ésta etapa de la vida de la mujer sea una exigencia apremiante ya que la expectativa de vida de la mujer se ha elevado, lo cual como podemos inferir también trae problemas de tipo económico, social y médico que repercute en los países y sociedades al tener que adecuar espacios y condiciones para atender la demanda que ésta población requiere. (40)

En las regiones más desarrolladas aproximadamente una de cada 6 personas tiene al menos 60 años; la proporción se acercará de 1 a 4 personas para el año 2025. En la mayoría de las sociedades, la mujer vive más años que el hombre, es mayoría entre la población de edad avanzada; en muchos países pobres son especialmente vulnerables. (19)

Existen muchos trabajos de investigación sobre el conocimiento de los eventos fisiológicos que ocurren en las pacientes que se encuentran en la etapa del climaterio y la menopausia, así como la prevención y el tratamiento por el aumento proporcional y numérico de este grupo de mujeres principalmente en los países desarrollados. Sin embargo, nuestro interés es

conocer en nuestro medio, los conocimientos y actitudes frente al climaterio y compararlas en dos generaciones emparentadas en la ciudad de Arequipa y las prácticas de una generación de abuelas, durante el climaterio.

La importancia es determinar el conocimiento, las actitudes y prácticas con relación al climaterio en la población arequipeña con las características señaladas y poder sugerir algunos programas adecuados para prevenir y sobrellevar de la mejor manera posible, las consecuencias de la menopausia, así como ofrecer una mejor calidad de vida a éste grupo. Además contribuye a estimular otros estudios en el ámbito nacional para que se le dé la importancia que tiene ésta etapa de la vida sobre todo si consideramos que todas las mujeres mayores de 40 años presentan o presentarán algún grado de disminución estrogénica y que además según el censo Nacional de 1993 ésta población estaría alcanzando la cifra de 2,5 millones de personas, para lo cual debe diseñarse programas adecuados para ofrecer servicios preventivos y de tratamiento oportuno (23).

Hemos elegido este aspecto de la investigación del climaterio, pues nos permitirá una aproximación de los probables cambios o no, en los conceptos y actitudes de las mujeres frente al climaterio, lo cual puede tener impacto en su acceso a los servicios de salud, en la disposición para la atención médica y en la forma en que atravesarán esta etapa, la cual suele ser decisiva para muchas de estas mujeres.

Los objetivos de la investigación que nos hemos propuesto alcanzar son:

1. Comparar los conocimientos sobre el climaterio en dos generaciones de hijas adolescentes y madres premenopáusicas emparentadas de Arequipa.
2. Comparar las actitudes frente al climaterio en dos generaciones de hijas adolescentes y madres premenopáusicas emparentadas de Arequipa.
3. Analizar las experiencias durante el climaterio en una generación de mujeres postmenopáusicas de Arequipa.

En el largo proceso de esta investigación hemos recibido el aporte de diversas personas e instituciones, a quienes agradecemos profundamente; entre ellos mencionamos a los docentes del Postgrado, quienes durante los dos años que duraron los estudios del doctorado, nos dieron valiosas enseñanzas y animaron para realizar la presente investigación, ellos enriquecieron y fortalecieron nuestra formación humanista y profesional. La biblioteca de la Escuela fue una fuente importante y segura de información.

También agradecemos a las mujeres y sus familiares, quienes voluntariamente nos dieron sus vivencias y la información necesaria para esta investigación.



## A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES, MADRES Y ABUELAS

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 1  
ADOLESCENTES SEGÚN EDAD

EDAD (AÑOS)	Nº	%
15	22	31.42
16	13	18.57
17	14	20.00
18	10	14.29
19	11	15.72
TOTAL	70	100.00

En la presenta tabla se observa que el grupo mayoritario de adolescentes tenía 15 años, que constituía el 31.42%, el grupo que le sigue es el de 17 años, con el 20% del total.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 2  
ADOLESCENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TOTAL	
	N°	%
- Primaria Incompleta	00	0.00
- Primaria Completa	00	0.00
- Secundaria incompleta	34	48.57
- Secundaria completa Superior	27	38.58
	9	12.85
TOTAL	70	100.00

De un total de 70 adolescentes entrevistadas, 34 de ellas (48.57 %) tenían secundaria incompleta y 27 (38.58%) secundaria completa, lo que nos sugiere que son adolescentes típicas de nuestro medio, donde la educación es bastante accesible a todos los grupos sociales y económicos. En ningún caso se encontraron adolescentes con instrucción inferior al nivel secundario.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002TABLA 3  
DISTRIBUCIÓN DE MADRES SEGÚN EDAD

EDAD	Nº	%
37 – 39	18	25.71
40 – 42	18	25.71
43 – 45	14	20.00
46 – 48	11	15.72
49 – 51	9	12.86
TOTAL	70	100.00

La tabla muestra que el 51.42% de las madres tenían edades entre 37 y 42 años de edad, el 20% entre los 43 y 45 años, el 15.72% entre los 46 y 48 años y un 12.86% entre los 49 y 51 años de edad. Según estos datos, las madres entrevistadas estaban en las edades donde ocurre generalmente el climaterio y la consecuente menopausia.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 4  
DISTRIBUCIÓN DE MADRES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
- Primaria Incompleta	4	5.71
- Primaria Completa	7	10.00
- Secundaria Incompleta	7	10.00
- Secundaria Completa	13	18.58
- Superior	39	55.71
TOTAL	70	100.00

La tabla muestra que el 15.71% de las madres alcanzaron un nivel de instrucción primario y el 28.58% secundario. El 55.71% refieren haber alcanzado el nivel superior de instrucción. A diferencia del grupo de adolescentes, las madres sí tiene menor grado de instrucción, pues el 25.71% no alcanzaron a terminar la secundaria.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 5  
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL

OCUPACIÓN	Nº	%
- Ama de casa	28	40.00
- Profesora	13	18.59
- Comerciante	8	11.43
- Auxiliar de Educación	4	5.71
- Administradora	4	5.71
- Contadora	3	4.29
- Costurera	3	4.29
- Enfermera	3	4.29
- Trabajadora Social	1	1.42
- Bibliotecaria	1	1.42
- Obstetriz	1	1.42
- Médico	1	1.42
TOTAL	70	100.00

En estos resultados se observa que el 40% de las madres entrevistadas refirieron tener como ocupación principal “ama de casa”, el 28% manifestaron ser profesionales universitarios (generalmente profesoras), el tercer grupo en frecuencia eran comerciantes (11.43%).

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 6

EDAD DE LAS ABUELAS

GRUPO ETAREO	TOTAL	
	N°	%
50 - 54	4	5.72
55 - 59	7	10.00
60 - 64	13	18.57
65 - 69	13	18.57
70 a más	33	47.14
TOTAL	70	100.00

En la tabla observamos que el 5.72% de las abuelas tenían entre 50 y 54 años de edad, el 10.00% de 55 a 59 años, el 18.57% de 60 a 64 años, el 18.57% entre 65 y 69 años y el 47.14% tenían más de 70 años de edad.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 7

## ABUELAS POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCION	TOTAL	
	Nº	%
ANALFABETO	10	14.29
PRIMARIA INCOMPLETA	24	34.29
PRIMARIA COMPLETA	13	18.57
SECUNDARIA INCOMPLETA	10	14.28
SECUNDARIA COMPLETA	6	8.57
SUPERIOR	7	10.00
TOTAL	70	100.00

Se observa que de las 70 abuelas entrevistadas, 10 de ellas eran analfabetas (14.29%), 24 tenía instrucción primaria incompleta (34.29%), 13 habían terminado la primaria (18.57%), 16 habían alcanzado algún nivel secundario y que 7 de las abuelas tenían instrucción superior (10.00%). Podemos destacar que el grado de instrucción alcanzado por el grupo de abuelas, era inferior al de madres y al de adolescentes, lo guarda coherencia con la situación social e histórica diferente que caracteriza a estas tres generaciones.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 8  
OCUPACIÓN DE LAS ABUELAS POR ESTRUCTURA FAMILIAR

OCUPACIÓN	Nº	%	FE*	FI**	Sola	Con esposo	Nuclear***
- Ama de casa****	50	71.43	16	21	4	9	0
- Profesional	10	14.28	4	3	0	2	1
- Comerciante Ambul	6	8.57	3	0	0	1	2
- Agricultora	3	4.29	1	0	0	1	1
- Modista	1	1.43	1	0	0	0	0
TOTAL	70	100.00	25	24	4	13	4

\* FE: Esposo, hijo (a), nuera o yerno y nietos

\*\* FI: Falta el esposo, vive con hija, o hija y sus nietos.

\*\*\* Nuclear: esposo y algún hijo soltero (pero tienen otros hijos casados con nietos).

\*\*\*\* Incluye a 21 jubiladas que hacían labores de ama de casa

Estos resultados muestran que el 71.43% de las abuelas comunicaron tener como ocupación principal su casa, el 14.28% eran actualmente profesionales, y el 8.57% eran comerciantes ambulatorias.

Además podemos observar que de las 70 abuelas, 25 vivían en una familia de tipo extensa, la cual se componía del esposo, hijos, nueras o yernos y nietos; 24 abuelas vivían en familias incompletas, donde faltaba el esposo, pero se acompañaba de sus hijos y nietos. Cuatro del total vivían solas y 13 sólo con el esposo.

## B. PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN EL GRUPO DE ABUELAS

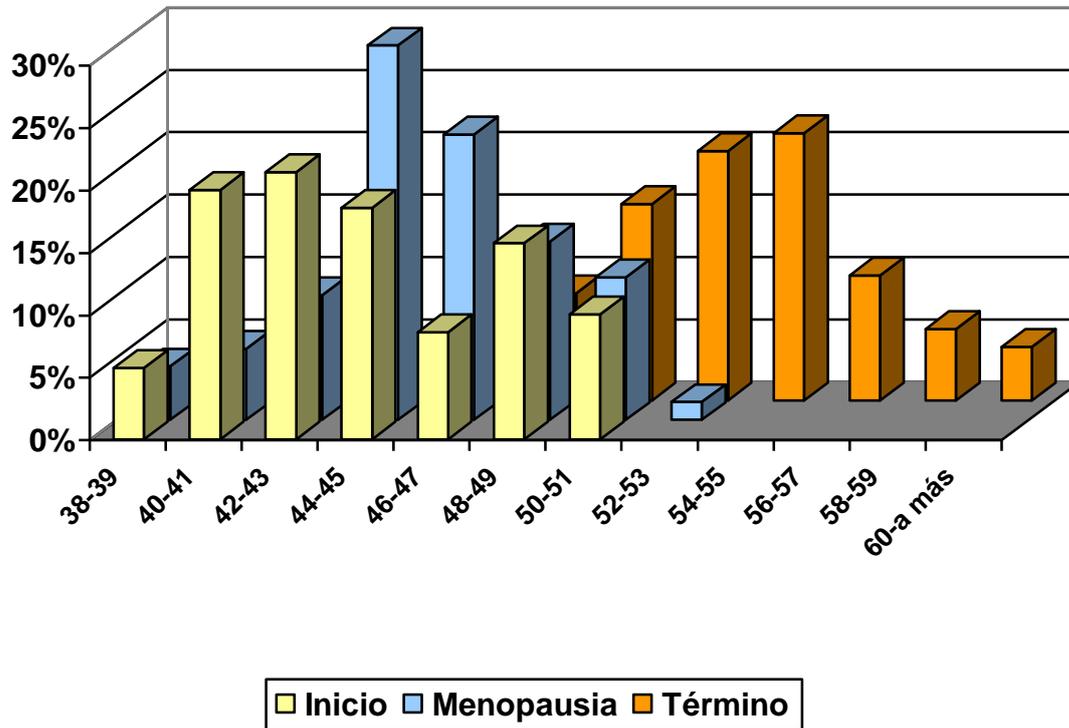
CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 9  
EDAD DE INICIO Y TÉRMINO DEL CLIMATERIO Y EDAD DE  
LA MENOPAUSIA EN EL GRUPO DE ABUELAS

EDAD	Inicio		Término		Menopausia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
38 - 39	4	5.71			3	4.29
40 - 41	14	20.00			4	5.71
42 - 43	15	21.43			7	10.00
44 - 45	13	18.57	3	4.29	21	30.00
46 - 47	6	8.57	7	10.00	16	22.86
48 - 49	11	15.72	6	8.57	10	14.29
50 - 51	7	10.00	11	15.72	8	11.42
52 - 53			14	20.00	1	1.43
54 - 55			15	21.43		
56 - 57			7	10.00		
58 - 59			4	5.71		
60 - a más			3	04.28		
TOTAL	70	100.00	70	100.00	70	100.00

En esta tabla se evidencia que la edad de inicio del climaterio varía desde los 38 y los 51 años y que la edad de término fluctúa desde los 44 a más de 60 años de edad. La edad de inicio del climaterio más frecuente fue entre los 40 y 45 años (60.00%) y de término de 50 a 55 años (57.15%). La menopausia ocurrió entre los 38 y 53 años, siendo la edad más frecuente entre los 44 y 47 años (52.86%).

GRAFICA 1  
EDAD DE INICIO Y TÉRMINO DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA  
EN ABUELAS



CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 10

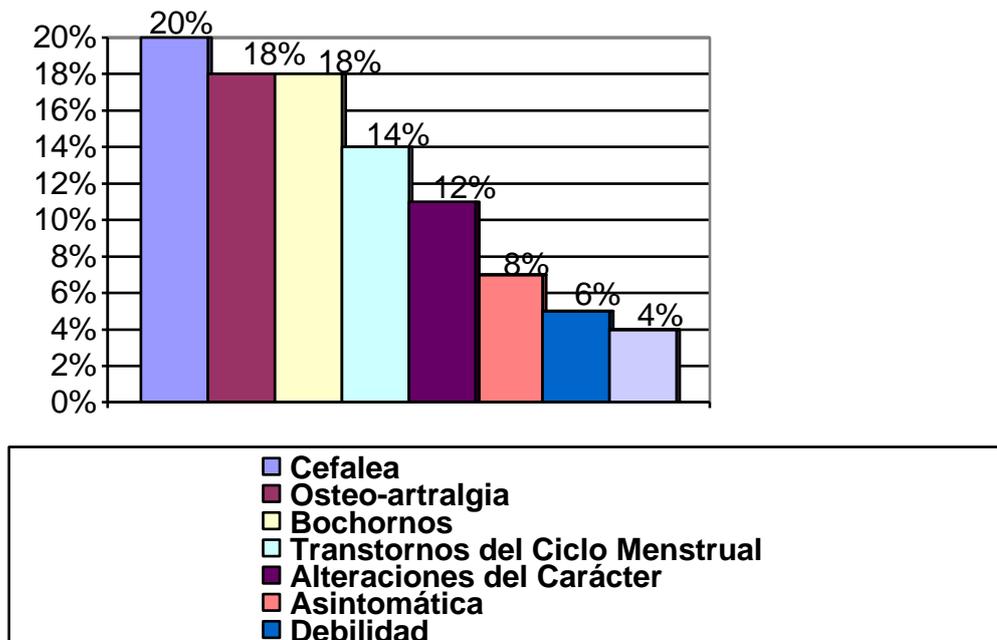
SÍNTOMA PRINCIPAL DURANTE EL CLIMATERIO SEGÚN LAS ABUELAS

SÍNTOMAS Y SIGNOS	CATEGORÍA	Nº	%
- Dolor de cabeza	- Cefalea	14	20.00
- Dolor de espalda y huesos, dolor en todo el cuerpo	- Osteo-artralgia	13	18.58
- Sofocamiento, bochornos, sudoraciones, calenturas	- Bochornos	13	18.58
- Alteraciones menstruales, dolor de "ovarios", hemorragias	- Trastornos del ciclo menstrual	10	14.29
- Nerviosa, inseguridad, irritable, le incomodan quienes la rodean, mal carácter.	- Alteraciones del carácter	8	11.42
- Ninguna molestia	- Asintomático	5	7.14
- Cansancio, debilidad, decaimiento	- Debilidad	4	5.71
- Depresión, angustia, tendencia al llanto	- Depresión	3	4.28
TOTAL		70	100.00

Las manifestaciones clínicas más frecuentes e intensos fueron: cefalea (20.00%), osteoartralgia (18.58%), bochornos (18.58%), trastornos del ciclo menstrual que incluían "dolores de ovarios" (14.29%), alteraciones del carácter (11.42%), debilidad general (5.71%). El 7.14% no presentó ninguna molestia.

GRAFICA 2

SÍNTOMAS Y SIGNOS PRESENTADOS DURANTE EL CLIMATERIO POR  
LAS ABUELAS



CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002TABLA 11  
ENFERMEDAD PRINCIPAL PRESENTADA DURANTE EL CLIMATERIO EN  
EL GRUPO DE ABUELAS

SI : 05 (7.11%)

NO : 65 (92.89%)

ENFERMEDADES	CATEGORÍA	Nº	%
- Descalcificación de huesos, osteoporosis, Encorvamiento, disminución de talla.	- Osteoporosis	2	40.00
- Incontinencia urinaria, prolapso genital que requirió cirugía	- IUE	2	40.00
- Hipertensión arterial	- Hipertensión	1	20.00
TOTAL		5	100.00

Del total del grupo de abuelas, 5 (7.11%) refirieron haber presentado alguna enfermedad durante el climaterio, destacando la osteoporosis, el prolapso genital, la incontinencia urinaria y en menor frecuencia, la hipertensión arterial.

La información de estas enfermedades fue recogida con la entrevista, donde se consideró la descripción de síntomas o signos durante el climaterio, la atención recibida y la interpretación del autor.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 12  
TRATAMIENTO PRINCIPAL RECIBIDO DURANTE EL CLIMATERIO EN EL  
GRUPO DE ABUELAS

NO: 61 (87.2%)

SI : 9 (12.8%)

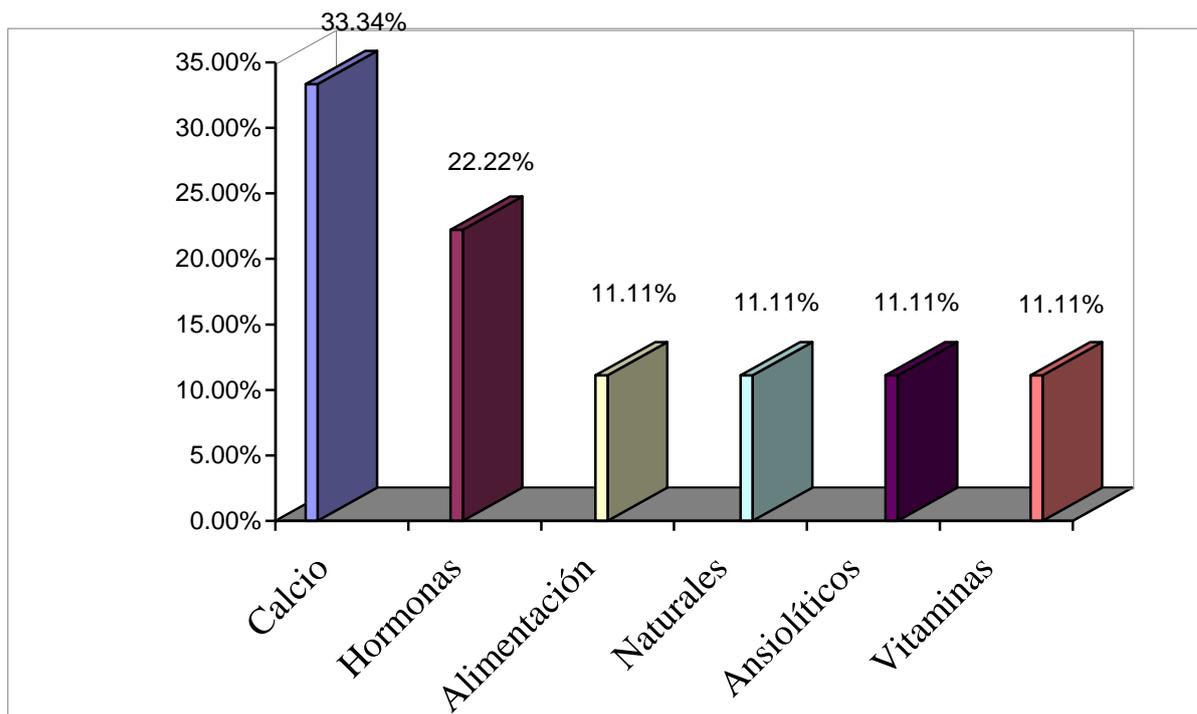
INDICACIONES	CATEGORÍA	Nº	%
- Calcio para los huesos	- Calcio	3	33.34
- Hormonas	- Hormonas	2	22.22
- Alimentarse bien (ingerir menos harinas, menos grasas y comer más vegetales)	- Alimentación	1	11.11
- Medicina casera “verga de toro”, y otras	- Naturales	1	11.11
- Tranquilizantes	- Ansiolíticos	1	11.11
- Vitaminas	- Vitaminas	1	11.11
TOTAL		9	100.00

¿QUIÉN LO INDICÓ?

- Médico	7	77.78
- Farmacia ( boticario)	1	11.11
- Familiares	1	11.11
TOTAL		9 100.00

Del grupo de abuelas entrevistadas, 61 (87.2%) refirió no haber tenido tratamiento durante el climaterio, de las 9 (12.8%) que si lo tuvieron, les indicaron calcio al 33.34%, y tratamiento de reemplazo hormonal el 22.22%. El tratamiento generalmente fue por indicación médica (77.78%), por los dispensadores en farmacias (11.11%) y por familiares (11.11%). En estos resultados sólo se consideró el tratamiento más importante en cada caso.

GRAFICA 3  
TRATAMIENTO RECIBIDO EN EL CLIMATERIO



**CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002**

TABLA 13  
FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES EN EL CLIMATERIO  
SEGÚN EL GRUPO DE ABUELAS

FRECUENCIA	Nº	%
- Siempre	29	41.42
- Casi siempre	14	20,00
- A veces	3	4,29
- Casi nunca*	11	15.71
- Nunca*	13	18,58
TOTAL	70	100,00

\* 24 mujeres del grupo de abuelas, no tenían pareja formal por diversos motivos.

En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales durante el climaterio, el 41.42% manifestó mantener siempre relaciones sexuales en tanto que 20,00% contestaron que la frecuencia de las relaciones sexuales eran “casi siempre” y “a veces” el 4,29%, ya sea por que le incomodaba, se perdió el amor o presentaban dispareunia. El 33.29% manifestaron no tener “nunca” o “casi nunca” relaciones sexuales.

En estos resultados, no interesaba conocer la frecuencia de relaciones sexuales por semana o mes, sino el cambio en ellas, a partir del climaterio. Además que sería muy difícil que recordaran una frecuencia exacta; la escala de Lickert nos proporcionó opciones más factibles de ser identificada por la entrevistada.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002TABLA 14  
CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN EN EL CLIMATERIO SEGÚN EL  
GRUPO DE ABUELAS

CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN	Nº	%
- Cambio totalmente	22	31.42
- Cambio parcial	28	40,00
- No cambió	20	28,58
TOTAL	70	100,0

El 31.42% de las abuelas entrevistadas opinaron que durante el climaterio, la alimentación cambió totalmente, como fue la reducción de sal, de grasas, de condimentos, aumento de frutas y verduras, suspensión de algunas bebidas con alcohol y especialmente en la disminución de la cantidad. Las razones que dieron fueron: para mejorar la calidad y hacerla más nutritiva. El 40.00% cambió poco sobre todo para evitar subir de peso o consumir productos sin colesterol además opinaron que su alimentación varió para hacerlas más energéticas y consumían productos que contenían calcio. El 28.58% no modificó su alimentación, se opusieron al cambio de la alimentación y las razones que dieron fueron: porque es una etapa normal en la vida y que la alimentación no tenía efectos negativos en el climaterio y también había disminución del apetito.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002TABLA 15  
RELACIONES FAMILIARES DURANTE EL CLIMATERIO EN EL GRUPO DE  
ABUELAS

CONOCIMIENTO	Nº	%
- Muy buena	23	32.86
- Buena	20	28,57
- Regular	27	38,57
- Mala	0	0,0
TOTAL	70	100,0

En cuanto a las relaciones con la familia, durante el climaterio, dijeron ser muy buenas el 32.86%. Buenas el 28.57%, y el 38.57% reportaron que las relaciones con su familia podían calificarlas como regulares.

### C. COMPARACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE AL CLIMATERIO EN ADOLESCENTES Y MADRES

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 16  
CONOCIMIENTO SOBRE EL CONCEPTO DE CLIMATERIO

CONCEPTO	ADOLESCENTES		MADRES	
	Nº	%	Nº	%
- Adecuado	13	18,57	29	41.43
- Parcialmente Adecuado	40	57.14	23	32,86
- Inadecuado	17	24,29	18	25.71
TOTAL	70	100,0	70	100,0

Ji-cuadrado: 10.68 ( $p < 0.01$ )

De acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre el concepto de climaterio que tienen las adolescentes y madres, afirmación que tiene 99.99% de confiabilidad y 0.01% de error.

Se observa que el grupo de madres tenían conocimientos más adecuados sobre el concepto de climaterio (41.43%) en comparación con las adolescentes (18.57%).

Los criterios para calificar los conocimientos como adecuados, parcialmente adecuados e inadecuados, constan en el Anexo1.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002TABLA 17  
CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DEL CLIMATERIO

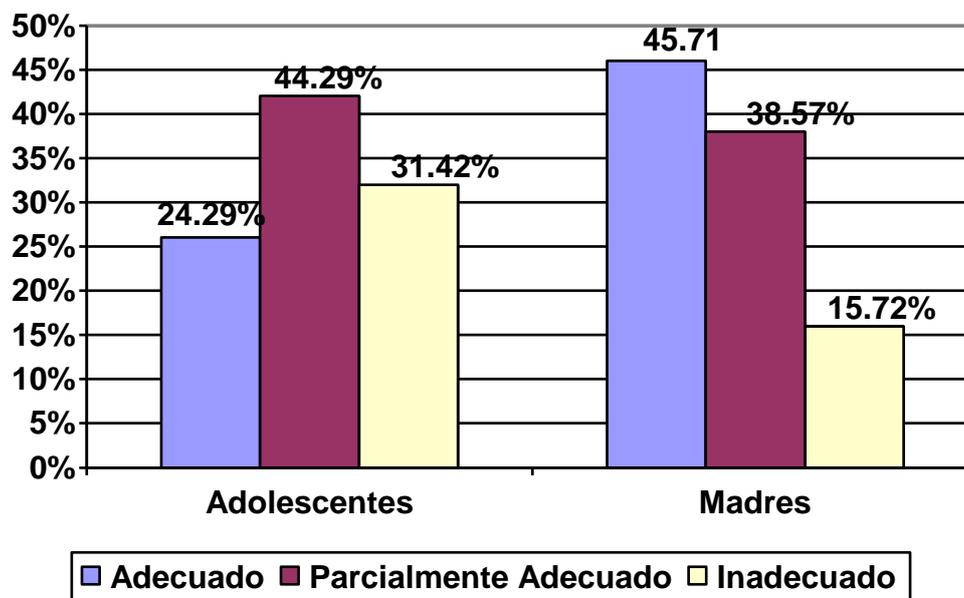
CAUSAS	ADOLESCENTES		MADRES	
	Nº	%	Nº	%
- Adecuado	17	24,29	32	45.71
- Parcialmente Adecuado	31	44,29	27	38,57
- Inadecuado	22	31.42	11	15.72
TOTAL	70	100.0	70	100.0

Ji-cuadrado: 8.50 ( $p < 0.05$ )

De acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre las causas del climaterio que tienen las adolescentes y madres, afirmación que tiene 99.95% de confiabilidad y 0.05% de error.

En relación a los conocimientos adecuados el 45.71% correspondió a las madres y el 24.29% a las adolescentes, diferencia que es significativa ( $5.32 > 3.84$ ). Los criterios para calificar los conocimientos como adecuados, parcialmente adecuados e inadecuados, constan en el Anexo 1.

GRAFICA 5  
CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DEL CLIMATERIO



CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 18  
CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL  
CLIMATERIO

CONOCIMIENTO	ADOLESCENTES		MADRES	
	N°	%	N°	%
- Adecuado	32	45.71	48	68.57
- Parcialmente Adecuado	21	30,00	17	24,29
- Inadecuado	17	24,29	5	7.14
TOTAL	70	100.0	70	100.0

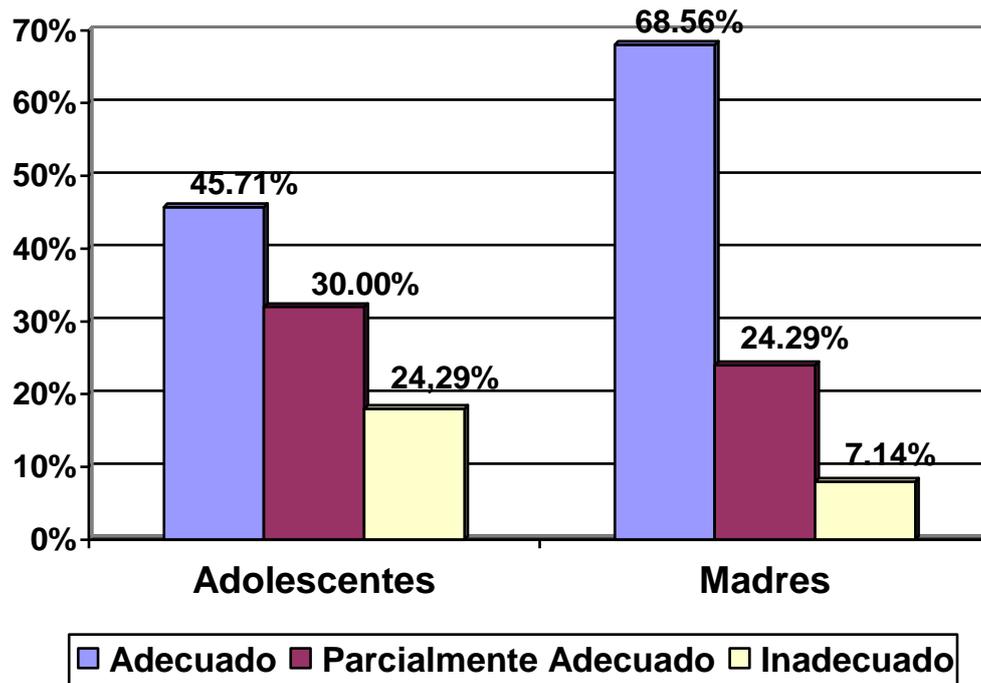
Ji-cuadrado: 10.14 (p < 0.01)

De acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre las manifestaciones clínicas del climaterio que tienen las adolescentes y madres, afirmación que tiene 99.99% de confiabilidad y 0.01% de error.

Así mismo, se encontró que el 68.57% de las madres tienen conocimientos adecuados y el 45.71% en las adolescentes, diferencias que son significativas (4.94 > 3.84).

Los criterios para calificar los conocimientos como adecuados, parcialmente adecuados e inadecuados, constan en el Anexo 1.

GRAFICA 6  
CONOCIMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS  
DEL CLIMATERIO



CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 19  
CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PROBLEMAS O ENFERMEDADES QUE SE  
PRESENTAN EN EL CLIMATERIO

CONOCIMIENTO	ADOLESCENTES		MADRES	
	Nº	%	Nº	%
- Adecuado	15	21.43	29	41.43
- Parcialmente Adecuado	7	10.00	24	34.29
- Inadecuado	48	68.57	17	24.28
TOTAL	70	100.00	70	100.00

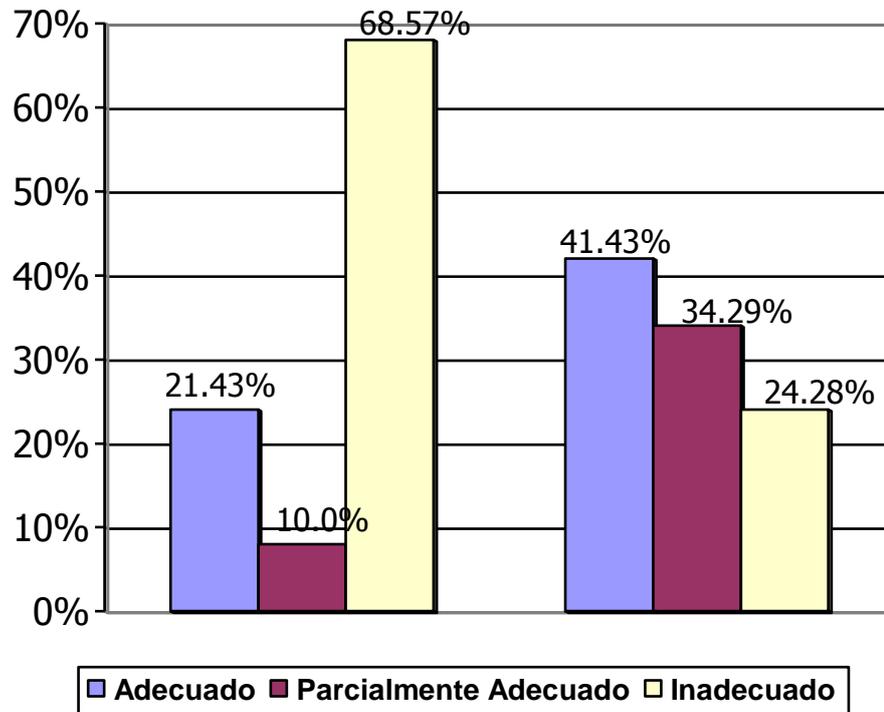
Ji-cuadrado : 28.54 (p < 0.01)

De acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el conocimiento sobre los problemas o enfermedades asociadas al climaterio que tienen las adolescentes y madres, afirmación que tiene 99.99% de confiabilidad y 0.01% de error.

Por otro lado vemos, que se encontró que el 41.43% de las madres mostraron conocimientos adecuados sobre los problemas o enfermedades que se presentan en el climaterio; las adolescentes 21.43%, diferencia que es significativa (4.60 > 3.84).

Los criterios para calificar los conocimientos como adecuados, parcialmente adecuados e inadecuados, constan en el Anexo 1.

GRAFICA 7  
CONOCIMIENTOS SOBRE LOS PROBLEMAS O ENFERMEDADES  
EN EL CLIMATERIO



CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 20  
ACTITUDES SOBRE QUÉ DEBEN HACER LAS MUJERES  
FRENTE AL CLIMATERIO

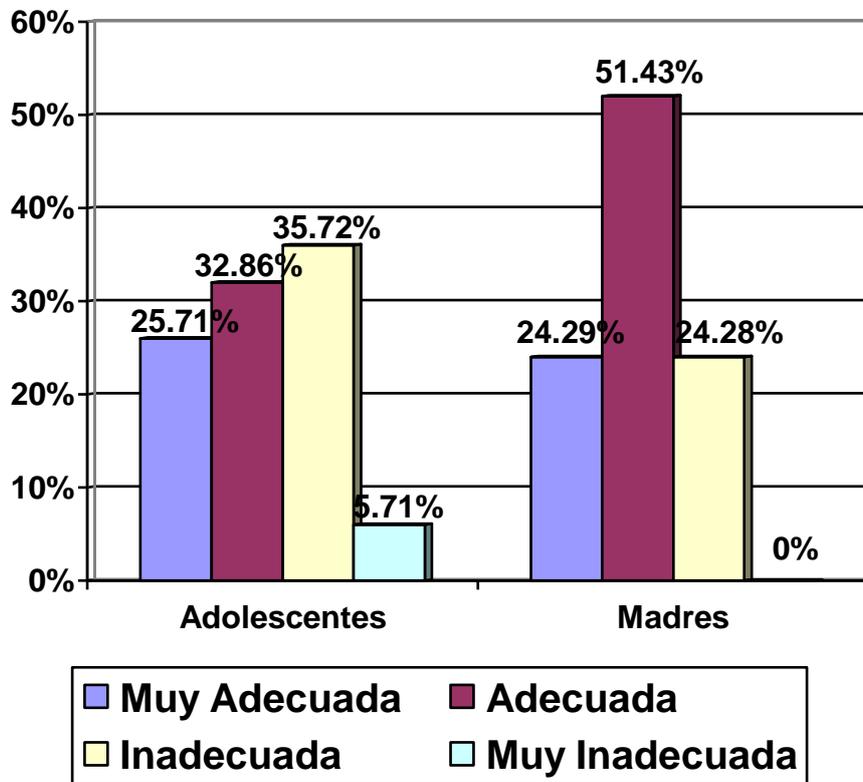
ACTITUDES	ADOLESCENTES		MADRES	
	Nº	%	Nº	%
- Muy adecuada	18	25.71	17	24.29
- Adecuada	23	32.86	36	51.43
- Inadecuada	25	35.72	17	24.28
- Muy Inadecuada	4	5.71	0	0.0
TOTAL	70	100.0	70	100.0

Ji-cuadrado : 8.40 (p < 0.05)

De acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia qué deben hacer las mujeres frente al climaterio que tienen las adolescentes y madres, afirmación que tiene 99.95% de confiabilidad y 0.05% de error.

Para el estudio de las actitudes se ha usado una escala de Lickert, la cual incluye los indicadores: muy adecuadas, adecuados, inadecuadas y muy inadecuadas; cuyos criterios de calificación constan en el Anexo 1.

GRAFICA 8  
ACTITUDES SOBRE QUÉ DEBEN HACER FRENTE  
AL CLIMATERIO



CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 21

## ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO MÉDICO PARA EL CLIMATERIO

ACTITUDES	ADOLESCENTES		MADRES	
	N°	%	N°	%
- Total acuerdo	21	30.00	15	21.43
- De acuerdo	14	20.00	38	54.29
- En desacuerdo	13	18.57	6	8.57
- Total desacuerdo	22	31.43	11	15.71
TOTAL	70	100.0	70	100.0

Ji-cuadrado: 18.28 (p < 0.01)

De acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia el tratamiento médico para el climaterio que tienen las adolescentes y madres, afirmación que tiene 99.99% de confiabilidad y 0.01% de error. Se encontró en el 30.00% de las adolescentes una actitud de total acuerdo en relación al tratamiento médico para el climaterio; en las madres el 21.43%. El ítem “total acuerdo” significa que la entrevistada está de acuerdo con que *sólo deben recibir tratamiento de reemplazo hormonal indicado por el médico y cuando hay algún problema o complicación del climaterio* (criterios de calificación de las actitudes, que constan en el Anexo1). El “acuerdo” significa que sólo está de acuerdo con alguno de los dos criterios anteriores. El “desacuerdo” expresa una actitud de rechazo contra alguno de los criterios y frente al otro, simplemente no expresa opinión. El “total desacuerdo” expresa rechazo de los dos criterios.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 22

ACTITUDES SOBRE SI DEBE CAMBIAR LA ALIMENTACIÓN EN EL CLIMATERIO

ACTITUDES	ADOLESCENTES		MADRES	
	N	%	Nº	%
- Total acuerdo	11	15.71	29	41.43
- De acuerdo	8	11.43	20	28.57
- En desacuerdo	10	14.29	7	10.00
- Total desacuerdo	41	58.57	14	20.00
TOTAL	70	100.0	70	100.00

Ji-cuadrado: 27.0 (p < 0.01)

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia si debe cambiar la alimentación durante el climaterio que tienen las adolescentes y madres, afirmación que tiene 99.99% de confiabilidad y 0.01% de error. El 42.43% de las madres refirieron una actitud de total acuerdo sobre cambiar la alimentación en el climaterio, en adolescentes el 15.71%, diferencia que estadísticamente es significativa. El ítem “total acuerdo” significa que la entrevistada está de acuerdo con que *debe mejorar la calidad de alimentos y disminuir la cantidad de alimentos* (criterios de calificación Anexo1). El “acuerdo” significa que sólo está de acuerdo con alguno de los dos criterios anteriores. El “desacuerdo” expresa una actitud de rechazo contra alguno de los criterios y frente al otro, simplemente no expresa opinión. El “total desacuerdo” expresa rechazo de los dos criterios.

CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CLIMATERIO EN TRES  
GENERACIONES EMPARENTADAS DE MUJERES, AREQUIPA, 2002

TABLA 23

ACTITUDES HACIA EL CAMBIO DE LA APARIENCIA PERSONAL DE  
LA MUJER EN EL CLIMATERIO

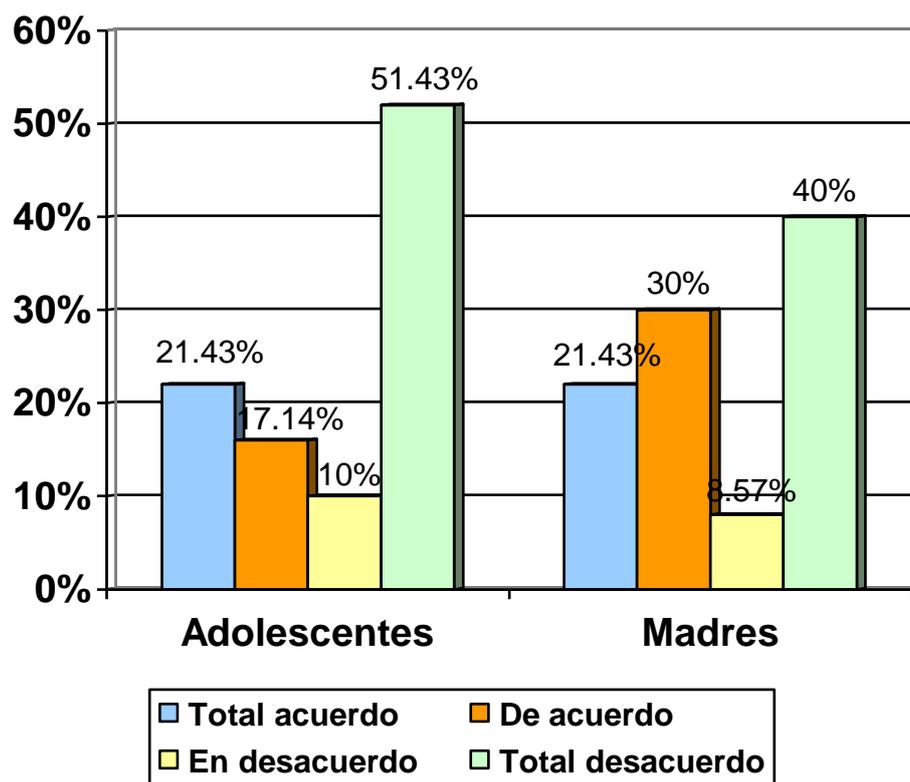
ACTITUDES	ADOLESCENTES		MADRES	
	N	%	Nº	%
- Total acuerdo	15	21.43	15	21.43
- De acuerdo	12	17.14	21	30,00
- En desacuerdo	7	10.00	6	8.57
- Total desacuerdo	36	51.43	28	40.00
TOTAL	70	100,0	70	100,0

Ji-cuadrado = 3.5 (p > 0.05)

De acuerdo al Ji Cuadrado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia el cambio de la apariencia personal durante el climaterio, que tienen las adolescentes y madres. Ambos grupos de estudio mostraron total acuerdo en estas actitudes, porque consideran que durante el climaterio puede haber descuido de su imagen personal, signos de envejecimiento y baja autoestima.

El ítem “total acuerdo” significa que la entrevistada está de acuerdo con que *debe arreglar su aspecto personal (vestidos, maquillaje) y mejorar su aspecto físico (no engordar, higiene)*. El “acuerdo” significa que sólo está de acuerdo con alguno de los dos criterios anteriores. El “desacuerdo” expresa una actitud de rechazo contra alguno de los criterios y frente al otro, simplemente no expresa opinión. El “total desacuerdo” expresa rechazo de los dos criterios.

GRAFICA 9  
ACTITUDES HACIA CAMBIAR LA APARIENCIA PERSONAL EN EL  
CLIMATERIO





La importancia de constituir tres grupos generacionales de mujeres emparentadas, nos permite tener una perspectiva histórica y también cultural frente al climaterio, considerando que las abuelas eran inmigrantes de ciudades surandinas, siendo evidente que el medio social de Arequipa, así como los cambios en las condiciones de educación, acceso a información y nuevas experiencias generacionales, habrían de expresarse en las concepciones y actitudes frente al climaterio. Asimismo, el aumento de expectativa de vida de la mujer (71.7 en el año 1997) ha pasado a 72,5 en el año 2000 hace que se investigue alguno de éstos aspectos porque cuando se van logrando mayor sobrevivencia, adquiere mayor valor la calidad de vida, la atención a aspectos emocionales y sociales que se van revalorando.

En la **Tabla 1** observamos que de las 70 adolescentes entrevistadas, casi un tercio (31.42%) tenían 15 años, que fue la edad menor encontrada; la edad máxima fue 19 años (15.72%). Este grupo de adolescentes tendrían una mayor homogeneidad de experiencias y biológicas.

Los resultados de la **Tabla 2** guardan coherencia la Tabla 1, pues 34 de ellas (48.57 %) tenían secundaria incompleta probablemente porque aún se encuentran estudiando regularmente; 27 de ellas (38.58%) tenían secundaria completa; incluso encontramos a un grupo que se encuentra en el nivel superior (12.85%), que correspondería a las adolescentes que tienen mayor edad. Lo anterior nos sugiere que en las áreas urbanas como Arequipa, la educación secundaria es accesible a todos los grupos sociales y económicos, aunque ello no implica un mismo nivel educativo, pero sí la posibilidad de acceder a la información básica que se imparte oficialmente y por los medios

de comunicación. Incluso podemos observar que a partir de los 18 años se encuentran adolescentes que cursan estudios superiores.

En la **Tabla 3** se muestra la distribución de las madres según la edad, aquí podemos observar que esta edad varía desde los 37 a los 51 años, lo cual corresponde a la etapa pre y perimenopáusica de la mujer, ocupando el 51.42% el grupo etáreo entre 37 y 42 años. Este grupo de madres, por lo tanto expresaría la experiencia inmediata o cercana a los cambios en el climaterio y menopausia, lo cual era uno de nuestros intereses para la presente investigación.

En la **Tabla 4**, se muestra la distribución de las madres según el grado de instrucción, donde observamos una realidad algo diferente al de adolescentes, pues existe un 25.71% de madres que no terminaron los estudios secundarios. Esto puede expresar las limitaciones familiares o del contexto social en general para acceder a los estudios formales, en las generaciones pasadas. Recordemos que estas son hijas de mujeres inmigrantes y quizá sufrieron las consecuencias de la adaptación y estabilización de la familia a la ciudad. Además, un grado de instrucción insuficiente, se puede reflejar también en limitaciones para acceder a la información de salud.

En la **Tabla 5**, se distribuyen a las madres entrevistadas según su ocupación principal y podemos destacar que el 40% se dedican a las labores domésticas, quizá por el gran número de hijos o por limitaciones para obtener un trabajo remunerado. Las madres que tienen ocupaciones profesionales (profesoras, contadoras, enfermeras, trabajadoras sociales, obstétrices y médicos) suman más de un tercio del total, quienes tendrían no sólo mejores

ingresos económicos, sino también mayor posibilidad de acceder a la información científica en salud. El resto son ocupaciones diversas, pero que al implicar ingresos económicos, suponen también que sus hijos tendrían mayores posibilidades para estudiar.

La **Tabla 6** observamos que la edad predominante era el grupo mayor a 70 años (47.14%), lo que nos expresa una amplia distancia generacional con las madres y las nietas adolescentes, lo que permitiría ilustrar mejor las probables semejanzas y diferencias entre los conceptos y actitudes hacia el climaterio.

La **Tabla 7** muestra el grado de instrucción de las abuelas. Es notorio el aumento de mujeres abuelas que no alcanzaron el nivel de instrucción secundaria (47 del total), incluso el porcentaje de analfabetas es importante (14.29%). Este grupo fue constituido por mujeres que habrían inmigrado a Arequipa, procedentes de ciudades surandinas y probablemente es sus lugares de origen las posibilidades y necesidad de continuar estudios era menores. El mismo acto de inmigrar suele reflejar la búsqueda de mejores oportunidades para las personas y sus familiares y uno de los indicadores de este progreso es el acceso a la educación.

En la **Tabla 8** se distribuye al grupo de abuelas, según su ocupación por la estructura familiar de donde viven. Estos resultados son muy ilustrativos de las condiciones de vida de estas mujeres pues en primer lugar destacamos que hay un grupo de 21 jubiladas lo que les permite recibir una pensión económica regular, que integradas al grupo de amas de casa, suman el 71.43%. Dentro de otras ocupaciones destacan las profesionales y el comercio ambulatorio.

Por otro lado, podemos observar que de las 70 mujeres abuelas entrevistadas, 4 viven solas, 4 en familias nucleares y 13 sólo con su esposo; 24 viven con las familias de sus hijos, pero sin el esposo, probablemente por fallecimiento o abandono del hogar. 25 de estas mujeres vivían en familias extensas. Como sabemos, durante el climaterio, es importante que las mujeres continúen con sus actividades habituales, con el mayor contacto social y familiar, lo cual no sería siempre posible pues hay eventualidades que llevan a cambios profundos en las ocupaciones o en las personas con quienes viven, con probables repercusiones en la sintomatología y experiencia del climaterio.

En un estudio en mujeres durante el climaterio, El 20% busco atención médica por sus problemas, el 10% del total manifestó pesar por la interrupción de las menstruaciones. Entre 448 mujeres suizas residentes en ciudades, casadas entre 41 y 60 años de edad se observaron los siguientes hechos: Las mujeres de clases sociales más bajas tenían más graves molestias climatéricas y peor adaptación subjetiva a su situación que la clase social más alta. Las mujeres que continuaron viviendo con sus hijos en sus casas presentaron menos síntomas. (12)

En la **Tabla 9** podemos observar los periodos en que han transitado el climaterio y la menopausia en las mujeres abuelas. En general encontramos que el climaterio se inicia a los 38 años y refieren que termina después de los 60 años, posiblemente porque algunos síntomas son más subjetivos. La menopausia ocurre generalmente entre los 44 y 49 años (67.15%). Seguramente la edad más fácil de establecer es cuando ocurrió la menopausia; pero como se observará en tablas siguientes, las mujeres mayores confunden climaterio con menopausia.

En la **Tabla 10** se muestra la diferente sintomatología que tuvieron las mujeres abuelas durante el climaterio. En general se observa una gran variedad de síntomas que van en orden de frecuencia: cefalea (20%), osteoartalgias (18%), bochornos (18%), alteraciones en el ciclo menstrual (14%) y alteraciones del carácter como nerviosismo, inseguridad e irritabilidad con un 11%. Esta sintomatología está descrita clásicamente en la Medicina y se presentan de manera diversa en las mujeres. Hay algunos trastornos o síntomas que aumentan con la edad y durante el climaterio se asocian con ciertos síntomas predominantemente psicológicos en el año que precede a la menopausia probablemente ligado a la irregularidad menstrual perimenopáusica, y los síntomas vasomotores en el año siguiente al cese definitivo de las reglas. La depresión (4%) se presentó predominantemente en la postmenopausia inmediata.

Las mujeres entran a la edad madura en diferentes situaciones. Algunas casadas, otras divorciadas, algunas con carreras exitosas, otras apenas autosuficientes económicamente. Además de las demandas familiares (esposos, hijos) las mujeres enfrentan la responsabilidad de hacerse cargo de padres o suegros envejecidos y debilitados; pero también ocurre que los hijos han crecido y pueden haber conflictos de autonomía o laborales en ellos.

En un estudio realizado en 638 mujeres inglesas entre 45 a 54 años de edad se encontraron los siguientes resultados: El 75% de ellas tuvo bochornos asociados de manera temporal a la interrupción de menstruaciones, cefaleas, palpitaciones, mareos depresión aumento de peso, insomnio, se presentaron juntos en el 30 % pero no demostraron relación directa con el inicio de la menopausia. (12)

En la **Tabla 11** encontramos que 5 mujeres abuelas (38%) reconocen haber padecido de problemas o enfermedades durante el climaterio, siendo las más frecuentes la osteoporosis y la incontinencia urinaria, prolapso genital.

Se puede aceptar que la menopausia, en sentido amplio, conlleva alteraciones psicológicas, que afectan el estado de ánimo sin llegar a un deterioro de la salud mental, los cuales podrían deberse a circunstancias psicosociales en las se incluye el estrés mismo de la pérdida de las reglas y de la capacidad reproductora. La osteoporosis, convertida en un grave problema de salud pública que afecta de manera "silenciosa" y se que la podemos definir como la enfermedad con masa ósea baja y daño a la microarquitectura del hueso, que presenta fragilidad ósea y el consecuente incremento en el riesgo de fractura responsables del 70% de las fracturas en personas por encima de los 45 años. Su traducción clínica es el dolor y origina una importante incapacidad funcional, en nuestro estudio es posible gran parte de las pacientes con osteoartralgia hayan presentado esta alteración.

Según *Diener* se hace necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad. También los llamados factores internos juegan un considerable papel, en especial las estructuras de la personalidad, en virtud de las cuales los eventos y las circunstancias son percibidos de una determinada manera. Las opiniones acerca de la menopausia varían de un grupo social a otro. *Defey* y otros. estudiaron la descripción que hacen las mujeres comunes y los ginecólogos acerca de la menopausia y encontraron que en ambos grupos existía la opinión de que esta etapa estaba caracterizada por sentimientos de soledad y el

síndrome del nido vacío. Sin embargo, los especialistas percibían a las mujeres menopáusicas como abandonadas de una vida sexual activa, deprimidas, faltas de proyectos para el futuro y preocupadas acerca del cuidado de su salud. Las mujeres piensan, según estos autores, que la menopausia es una etapa de crisis vital con oportunidades para la autorealización y cambios positivos en los estilos de vida con vistas a una mayor autonomía. (15)

En la **Tabla 12**, se observa que del grupo de abuelas entrevistadas, 61 (87.2%) refirió no haber tenido tratamiento médico durante el climaterio, de las 9 (12.8%) que si lo tuvieron, le indicaron calcio al 33.34% y tratamiento de reemplazo hormonal el 22.22%. El 77.78% de las que recibieron tratamientos, fue por indicación médica el 11.11% por los dispensadores de farmacias y por familiares el 11.11%. Se puede aceptar que el climaterio, conlleva algunas alteraciones. Tradicionalmente las mujeres no reciben opciones, especialmente en lo referente al tratamiento hormonal, una mujer de 50 años tiene una esperanza de vida de otros 32 años adicionales de modo que pasará un tercio de su vida en el climaterio, creemos importante plantear una opción terapéutica para mejorar su calidad de vida durante éste período

En la **Tabla 13**, se analiza la frecuencia de relaciones sexuales durante el climaterio, usando la escala de Lickert, el 41.42% manifestó mantener “siempre” relaciones sexuales en tanto que 20,00% contestaron que las relaciones sexuales eran “casi siempre” y “a veces” el 4,29%, ya sea por que le incomodaba o porque se perdió el amor, presentaban dispareunia.

En el climaterio hay una disminución o pérdida del interés o deseo sexual, descenso de la excitación, menor lubricación vaginal, impotencia masculina, ausencia de pareja y menor satisfacción o disfrute con las

relaciones sexuales. Asimismo, creemos que debe considerarse algunos síntomas somáticos como la dispareunia que definitivamente se relacionan con los síntomas psicológicos señalados.

Revisando la literatura actual encontramos datos bien diferentes a los de 3 ó 4 décadas atrás, coincidiendo en la conservación del deseo sexual entre el 60% -70% de la mujeres luego del cese de la menstruación. Los niveles plasmáticos de androstenodiona y testosterona guardan una correlación positiva con el deseo y la gratificación sexual, independiente de los niveles de estradiol y estrona; siendo éstos últimos determinantes en la presencia de dispareunia, por el efecto sobre la lubricación vaginal y el trofismo de la misma; teniendo entonces utilidad a este nivel la terapia sustitutiva estrogénica.(8)

En la **Tabla 14**, observamos que el 32% de las abuelas entrevistadas refirieron que durante el climaterio, la alimentación cambió totalmente; las razones que dieron fueron: para mejorar la calidad, hacerla más nutritiva. El 40% cambió poco sobre todo para evitar subir de peso o consumir productos sin colesterol además opinaron que su alimentación varió para hacerlas más energéticas y consumían productos que contenían calcio. El 28.58% no modificó su alimentación. Los estudios epidemiológicos (6) sugieren que una dieta rica en vegetales y leche, o baja en grasas, se asocia a menor riesgo de cáncer endometrial. Asimismo, un alto consumo de grasas y un bajo consumo de fibras se asocia con mayor riesgo de cáncer de mama. La ingesta de grasas saturadas aumenta los niveles plasmáticos de estrógenos y el consumo de soya implica ingesta de fitoestrógenos y el consumo de frutas son ricas en antioxidantes, los que disminuyen el riesgo.

**Tabla 15**, se analizan las relaciones con la familia durante el climaterio. Dijeron que fueron muy buenas el 32.86%, buenas el 28.57%, y el 38.57% reportaron que las relaciones con su familia fueron regulares. Es frecuente las alteraciones del ánimo como el mal humor, sentimientos negativos, ansiedad y depresión que podrían explicar las relaciones familiares regulares.

**Tabla 16**, de acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con una  $p < 0.01$ , en el conocimiento sobre el concepto de climaterio que tienen las adolescentes y las madres. Se observa que el grupo de madres tenían conocimientos más adecuados sobre el concepto de climaterio (41.43%) en comparación con las adolescentes (18.57%).

El climaterio, período de la vida de la mujer en que transita desde el estado reproductivo al no reproductivo, afecta la expectativa de vida por sus efectos cardiovasculares, óseos y neurológicos. Creemos que su conocimiento es fundamental para evaluar la salud de la mujer, sugiriendo cambios de hábitos o indicando terapias que atenúen el impacto del déficit estrogénico.

En la **Tabla 17** observamos la comparación de conocimientos sobre las causas del climaterio entre las adolescentes y sus madres. En general podemos identificar que las madres tienen un conocimiento más adecuado que las adolescentes (46% y 24% respectivamente) diferencia que es estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). La literatura mundial sobre el tema educación y menopausia se torna cada día más importante, debe darse un adecuado aporte en educación continuada a la población en general en nuestro medio.

En la **Tabla 18** observamos la comparación de conocimientos sobre las manifestaciones clínicas del climaterio entre las adolescentes y sus madres. En general podemos identificar que las madres tienen un conocimiento más adecuado que las adolescentes, 68.57% y 45.71% respectivamente. Estas diferencias eran altamente significativas ( $p < 0.01$ )

En la **Tabla 19** observamos la comparación de conocimientos sobre los problemas o enfermedades que se presentan en el climaterio entre las adolescentes y sus madres. En general podemos identificar que las madres tienen un conocimiento más adecuado que las adolescentes (42.43% y 21.43% respectivamente), siendo esto corroborado por el Ji cuadrado que concluye que estadísticamente sí existe diferencia entre estos conocimientos en ambos grupos ( $p < 0.01$ ).

En la **Tabla 20** observamos las actitudes hacia qué deben hacer las mujeres frente al climaterio entre las adolescentes y sus madres. En general podemos identificar que las madres tienen una actitud muy adecuada y adecuada en un 75.72% y las adolescentes en un 58.57%. En el análisis con el Ji cuadrado que concluye que estadísticamente existe diferencia entre estas actitudes en ambos grupos. ( $p < 0.05$ ).

En la **Tabla 21** observamos las actitudes hacia recibir tratamiento médico en el climaterio entre las adolescentes y sus madres. También en esta variable se encontró que en el 30% de las adolescentes una actitud totalmente de acuerdo a recibir tratamiento médico para el climaterio; en las madres el 21.43%. La diferencia es altamente significativa con el Ji cuadrado ( $p < 0.01$ ).

**Tabla 22**, de acuerdo a la prueba estadística de Ji Cuadrado, entre las madres y las adolescentes se encontraron diferencias estadísticamente

significativas en las actitudes hacia si debe cambiar la alimentación durante el climaterio, ( $p < 0.01$ ). Se encontró que el 41.43% de las madres refirieron una actitud de total acuerdo sobre cambiar la alimentación en el climaterio, en adolescentes el 15.71%. La buena calidad ósea es el resultado de una adecuada nutrición en proteínas, minerales y oligoelementos. Es evidente que durante el climaterio se suceden cambios fisiológicos que condicionan un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas. El ejercicio y la nutrición como factores de estilo de vida, tiene un rol en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular, cáncer, obesidad, diabetes, osteoporosis y depresión.

En la **Tabla 23** observamos que las actitudes hacia el cambio de la apariencia personal de las mujeres durante el climaterio, no son diferentes estadísticamente según el Ji cuadrado. En general podemos identificar que las madres y las adolescentes tienen una actitud igual en el total acuerdo (21.43%). Envejecer es un proceso real y natural, casi siempre se llega al climaterio con buena salud, la madurez y la experiencia proporciona belleza y sabiduría. Es probable que en estos grupos de mujeres, con antecedentes familiares andinos, no sea muy importante el aspecto de apariencia personal, que sí es importante en las sociedades modernas y consumistas.

En la **Tabla 24** observamos las actitudes sobre las relaciones familiares durante el climaterio, entre las adolescentes y sus madres. En general podemos identificar que las madres tienen una actitud muy buena y buena en un 62% y las adolescentes en un 70%. El análisis con el Ji cuadrado que concluye que estadísticamente no existe diferencia entre estas actitudes en ambos grupos. ( $2.90 < 7.82$ ) ( $p > 0.05$ ). El cambio hormonal que se presenta

durante el climaterio es responsable de una serie de manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales que marcan y modifican la vida de la mujer para el resto de su vida.





**CAPITULO II**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

1. Las madres conceptúan mejor que las hijas adolescentes sobre el concepto de climaterio, sus causas, las manifestaciones clínicas importantes y sobre los problemas o enfermedades asociadas al climaterio. Estas diferencias son estadísticamente significativas, con una  $p < 0.01$
2. Las actitudes en general sobre qué deben hacer las mujeres durante el climaterio, eran estadísticamente diferentes entre las madres y las hijas ( $p < 0,05$ ) pero específicamente las actitudes “muy adecuadas” en la escala de Lickert eran semejantes en ambos grupos.
3. Las actitudes frente a la necesidad de recibir tratamiento durante el climaterio, fueron diferentes en los grupos de madres y adolescentes ( $p < 0.01$ ), donde un 50% de adolescentes estaban en “total acuerdo” y “de acuerdo”, frente a un 75.72% de las madres estaban en “total acuerdo” y “de acuerdo”.
4. Las actitudes hacia cambiar la alimentación durante el climaterio fueron diferentes entre el grupo de madres y adolescentes ( $p < 0.001$ ); donde las madres en un 41.43% estaban en “total acuerdo”, frente a un 15.71% de las adolescentes con la misma actitud.
5. Las actitudes hacia la necesidad de cambiar la apariencia personal de la mujer, durante el climaterio, no fueron estadísticamente diferentes entre el grupo de madres y adolescentes.

6. Las abuelas iniciaron con mayor frecuencia el climaterio entre los años 40 y 45 años (60%) y terminaron entre los 50 y 55 años de edad (57.15%).
7. Las abuelas presentaron su menopausia con mayor frecuencia entre los 44 y 47 años de edad (52.86%).
8. Las manifestaciones durante el climaterio de las abuelas fueron en orden de frecuencia: cefalea, osteoartralgias, bochornos, trastornos menstruales y cambios del carácter.
9. El 7.11% de las abuelas presentaron alguna enfermedad durante el climaterio, como la osteoporosis, la incontinencia urinaria, prolapso genital o hipertensión arterial.
10. La mayoría de las abuelas (87.2%) no recibieron ningún tratamiento para el climaterio. De las que sí lo recibieron, fueron generalmente con calcio y hormonas, indicados mayoritariamente por médicos.
11. Durante el periodo del climaterio, el 41.42% de las abuelas manifestaron haber tenido “siempre” relaciones sexuales, “casi siempre”, el 20.00% y “a veces” el 4.29%.
12. La hipótesis planteada en la presente investigación se verifica en la mayoría de variables, pues se han encontrado que en las generaciones de mujeres emparentadas estudiadas, los conceptos y actitudes son diferentes, con alta significación estadística.

## RECOMENDACIONES

1. Que los Centros Asistenciales de Salud importantes de nuestro medio de ESSALUD y MINSA deben de crear e implementar Programas para la Atención del Climaterio donde se realice acciones preventivas o se de orientación y atención multidisciplinaria a las pacientes que cursan esta etapa.
2. Que los Directores de los Colegios de los niveles primario y secundario, dicten las medidas necesarias, para reforzar la educación sexual, poniendo énfasis en la fisiología de las diferentes etapas de la vida, particularmente sobre el Climaterio. Estas acciones deben estar dirigidas a todos los adolescentes y sus padres.
3. Que las Sociedades Científicas de Menopausia e Instituciones afines promocionen campañas de difusión, orientación y prevención de complicaciones en esta etapa de la vida de la mujer en forma periódica.
4. Considerando que sostenidamente toma mayor interés los enfoques de calidad de vida y la reivindicación social de la mujer, principalmente en la etapa post reproductiva, sugerimos que la Escuela de Postgrado, cree un espacio para la discusión y el estudio de los temas asociados al climaterio. Además la población de mujeres climatéricas está en crecimiento permanente, sus múltiples riesgos y preocupaciones pueden implicar afectación a su salud y costos, con grandes impactos en el bienestar personal y familiar

5. Al encontrar que la investigación actual sobre la salud de la mujer climática se ha concentrado en aspectos biológicos y médicos, sugerimos la necesidad de hacer estudios multidisciplinarios que incluyan y amplíen la información sobre aspectos familiares, culturales, educación preventiva y otros, que permitan una atención integral y oportuna.
  
6. La falta de información a la población femenina y de capacitación al personal de salud, sobre de como mejorar la calidad de vida durante el climaterio, son factores que obstaculizan el desarrollo de algunos programas para éste fin, sugerimos ampliar la disponibilidad de información, abogamos por la inclusión de protocolos oficiales a nivel nacional para uso en el sector público la información, educación y comunicación del climaterio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Arrieta, Teresa: Ética y Utopía en el mundo occidental. UNSA, Arequipa 1996.*
2. *Aviali D.M Louis V. y otros El Plan de Salud Postmenopausia. Editorial Médica Panamericana, 1997.*
3. *Ángela F y otros: Cambios de la Dinámica de la familia, cuando uno de sus miembros es anciano. Universidad bolivariana, Medellín –Colombia- 1994.*
4. *Acuña a, Nader L. Palacio ML. Enciclopedia del sexo y de la educación sexual. Tomo 11 Editorial Zamora. Colombia 1996.*
5. *Botella Llusia, J.; La edad crítica. Climaterio y menopausia.,Madrid: Salvat Editores, 1990.*
6. *Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellstrom, T Epidemiología Básica; OPS; Publicación científica No 551 2da. Reimpresión: Washington 78;1994.*
7. *Byyny, RL; Speroff, L. Climaterio. Guia clinico de atendimento a mulher idosa. 1. ed Rio de Janeiro : Revinter, 1996, p. 11.*
8. *Fernández Eduardo V., Ana Rodríguez T.: Menopausia y Sociedad . Barcelona, 1999.*
9. *González, Luz: Instituto de Ciencias de la Salud. CES. Medellín, 2003.*
10. *Marchán Clavijo R.: Amor sexo e intimidad. Sexualidad en el adulto y en el anciano. Cuenca-Ecuador. 1994. Mendonca HC, Silva de Sá MF, Ferriani RA. Falencia ovariana prematura. GO Atual 1999; 8:34-42.*
11. *Mascaro S., Pedro y otros: Salud Reproductiva. Ministerio de Salud- Instituto Materno Perinatal-2000.*

12. Nussbaum, Martha; Sen, Amartya: *La Calidad de Vida*. Fondo de Cultura Económica. México 1998. Nelson DA, kleerekoper M. *Indications for bone mass measurement*. In : kleerekoper M, Siris E , McClung M (eds) . *The Bone and Mineral Manual - a practical guide*. San Diego: Academic Press; 1999. p. 5-6 .
13. Novack . *Ginecología Litografica In Cranem Mex* . 2003.
14. Mongrut Steane, Andres *Tratado de Ginecología..* Editorial MONPRES, III Edición 2000.
15. Matos PG, Yamagushi CZ, Fernández ARC, Turíni E. *Avaliacao radiological*. In: Szejnfeld VL, editor. *Osteoporose Diagnostico e Tratamiento*. 1ª. Ed. Sao Paulo: Sarvier ; 2000. p. 206 -224.
16. Palacios Gil- Antunano, N; Fernandez Silva, R; Antón Arroyo, P.; Garcia Gerrero, MT *Ejercicio Fisico : los programas que deben aconsejarse*, In: PALACIOS, S. *Editor Salud y Medicina de la Mujer*. 1. ed Madrid, España : Harcourt, 2001, pp. 65,66,70,71.
17. Pacheco Romero, Jose. *Ginecología y Obstetricia Y MAD Carp S.A*. 1999.
18. Wehba S, Fernandes CE, Ferreira JAS, Faria Jr D, Melo NR, Leal JWB. *Terapeutica de Reposicao hormonal* . In: Fernandes CE, Melo N, Wehba S (eds). *Climaterio Femenino - fisiopatología, diagnostico e tratamiento*. Sao Paulo , Lemos Editorial, 1999.p.265-82.

## HEMEROGRAFIA

1. Amsterdam J, Garcia – España F, Fawcet J, Quitkin F, Reimherr F, Rosenbaum J, Fluoxetine efficacy in menopausal women with and without estrogen replacement .J Affect Disord 1999, 55: 11-7.
2. Bachmann GA. The Changes before the change.Strategies for the transition to the menopause. Postgrad Med 1994; 95(4): 113-5, 119-24.
3. Bergqvist A. Bergqvist D., Ferno M. Estrogen and progesterone receptors in vascular wall: biochemical and immuno-chemical assays. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72(1): 10-6.
4. Backmann G, Bancroft J, Braunstein G, et al Female androgen insufficiency; the princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. Fertil and Steril 2002; 77: 660-65.
5. Bowman MC. Saunders DM. Community attitudes to maternal age and pregnancy after assisted reproductive technology: too old at 50 years? Hum Reprod 1994; 9:167-71.
6. Casper RF, Chapdelaine A. Estrogen and interrupted progestin: a new concept for menopausal hormone replacement therapy. Am J Obstet Gynecol 1993; 168(4): 1188-94.
7. Collins P. Rosano, Jiang C. et al. Estrogen cardiovascular protection: a calcium-antagonist effect ? Lancet 1993; 341, 1264-5
8. Coyotupa J. Gonzales S. Zorrilla R, Gonzalez G, Guerra-García R. Monarquía y menopausia en la altura. Obstet Ginecol Perú 1991;37:43.
9. Delmas PD. Treatment of postmenopausal osteoporosis – state of the art. Osteoporis int 12 2001; ( suppl 1 ) : 1- 48.

10. Dikrson VM. Focus on primary care – Evaluation, management, and treatment of obesity in women . *Obstetr Gynecol Surv* 2001; 56: 650-63.
11. Davis S. Androgen replacement in women : a commentary. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84 : 1886 – 91.
12. Folsom AR, Kushi LH, Anderson KE, et al. Associations OF general and abdominal obesity with multiple health outcomes in older women. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2117-28
13. Faddy MJ, Gosden RG. A mathematical model of follicle dynamics in the human ovary. *Human Reproduction*, 10:770- 775, 1995.
14. Genazzani AR, Gadducci A, Gambacciani M. Controversial issues in climateric medicine II. Hormone replacement therapy and cancer. *Maturitas* 2001; 40: 117-30
15. Gonzales, G.Villena, A.;Age at menopause in central andean peruvian women; *Menopause*, 1997; 4, 32-38.
16. Gordon T, Kannel WB, Hjortland MC, Daweber TR- High density lipoprotein as a protective factor against coronary heart disease: The Framingham study. *Am J Med* 1977 ; 62: 707- 14.
17. Gómez N. Rodríguez B, Roca M. Lanzón R. Evolución of bone mass of women in hormona replacement therapy. Abstracto. XV Congreso Mundial de Ginecología y Obtetricia FIGO. *ACTa Obstet Gynecol Scand* 1997; 76 N° 167 Suppl August 6:58.
18. Graham – Brwn RAC.Dermatologic problems of the menopause . *Clinics in Dermatology* 1997; 15: 127- 141
19. Henderson BE, Paganini-Hill A, Ross RK Decreased mortality in users of estrogen replacement thrapy. *Arch Intern Med* 1991; 151:75-8.

20. Hays J et al. effects of estrogen plus progesterin on Health - Related Quality of Life, N Engl J Med 2003, 348 (19) : 1-16.
21. Herrington DM, Howard TD, Hawkins GA, Reboussin DM, Xu J, Zheng SL, Brosnihan KB, Meyers DA, Bleecker ER. Estrogen replacement on high – density lipoprotein cholesterol in women with coronary disease. N Engl J Med. 2002, 346 (13) :967- 74.
22. Hulley S, Grady, Bush T, et al. - Randomized trial of estrogen plus progesterin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal Women. J Am Med Assoc . 1998; 280 : 605-18.
23. Hammond CB. Menopause and Hormone Replacement Therapy: An Overview. Obstet Gynecol 1996;87:2S-15S.
24. Han KK, Soares JM JR , Haidar MA, De Lima GR, Baracat EC - Benefits of soy isoflavone Therapeutic regimen on menopausal symptoms. Obstet Gynecol. 2002 Mar, 99 (3) :389-94.
25. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLASCO. Mujeres Latinoamericanas en cifras. Pág. 21-25, 1993.
26. Kass- Annese B. Management of the perimenopausal Woman: A Total Wellness Program . New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
27. Lopes GP, Torres LO. Evaluation of sexual complaints among women in their forties and over in a sexology office. Acta Port Sexol 1998; 42 (S2): 33- 35.
28. Lobo RA, Bush T, Carr BR Pickar JH. Effects of lower doses of conjugated equine estrogens and medroxyprogesterone acetate on

- plasma lipids and lipoproteins, coagulation factors, and carbohydrate metabolism . Fertil Steril 2001; 76 (1) : 13-24.
29. Luckey MM. Evaluation of postmenopausal osteoporosis. In: Favus MJ (ed). Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of mineral Metabolism, 4 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 1999 p. 273-277.
  30. Lopes G, Marinho R, Cabral R. Sexualidade no Climaterio. In : Marinho R . Climaterio . 2° ed. Rio de Janeiro : Medsi; 2000. p. 107 – 12.
  31. Lopes GP. Sexualidade no Climaterio. In Fernández CE, Melo NR , Wehba S. Climaterio feminino : Fisiopatología , diagnostico e tratamiento. 1° ed. Sao Paulo; Lemos 1999. p. 283-96.
  32. Nilas L, Loft A. (Ovarian function after premenopausal hysterectomy), Ugeskr Laeger 1993; 155(47): 3818-22.
  33. Manejo Integral de la Mujer y Hombre Climatérico. Favio Sánchez Escobar, Rosa Ofelia Alvarez de Sánchez. Clínica del Prado-Colombia-1998.
  34. Marcus R, Geendale G, Blunt BA, Bush TL, Wells B. Correlates of bone mineral density in the post-menopausal estrogen/progestin interventions trail. J Bone Miner Res. 1994; 9(9): 1467-1476.
  35. McDonald AG, Murphy EA, Capell HA, Bankowska UZ, Ralston SH. Effects of hormone replacement therapy in rheumatoid arthritis: a double blind placebo-controlled study. Ann Rheum Dis 1994; 53:54-7.
  36. Morrison NA, QiJC, Yokita A, Kelly PJ, crofts L, Nguyen TV, Sambrook PN, Eisman JA, Prediction of bone density from vitamin D receptor alleles (see Comments). Mature 1994; 367: 284-7.

37. Milner J. Functional foods: the US perspective. *Am J Clin Nutr* 2000;71(suppl): 1654S- 9S.
38. Meydani SN, Meydani M, Blumberg JB, et al. Vitamin E supplementation and in vivo response in healthy elderly subjects. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 277: 1380-6
39. Meydani M. Effect of functional food ingredients: vitamin E modulation of cardiovascular diseases and immune status in the elderly. *Am J Clin Nutr* 2000; 71 (suppl): 1665S- 8S.
40. Nacional Institutes of Health ( NIH ) Consensus Development Panel 2000 Osteoporosis prevention , diagnosis , and therapy. NIH consensus statement online March 27-29 ,2000, available at : [Http : // consensus . nih . gov](http://consensus.nih.gov).
41. Oscar Gonzáles Campos, E. Arteaga, P. Contreras. Menopausia y patologías asociadas. Ediciones: Sociedad Chilena de climaterio- 1998, Pgs 71-80, 85-90, 3-98, 161-166.
42. Oldenhave A. Jaszman LJ, Haspels AA, Everaerd, Impact of climacteric on well-being. A Survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *Am J. Obstet Gynecol* 1993;168:772-80.
43. Pasqualini JR, kloosterboer. Estrone sulfatase and 17b-hydroxysteroid dehydrogenase activites in human breast cancer. Inhibitory effect by tibolone and its metabolites. Abstracto. XV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76N° 167 Suppl August 6:35.
44. Phillips, W; Haskell, W Muscular fitness- Easing the burden of disability for elderly adults. *Journal Aging and Physical Activity*. 1995; 3: 261 -89.

45. Pacheco José "Registro Nacional de Climaterio y Menopausia" Rev. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 14 No2 Jul, 98, Pags. 128-130.
46. Rymer J, Fogelman I, Chapman MG, The incidence of vaginal bleeding with tibolone treatment Br J Obstet Gynaecol 1994;101:53-6.
47. Rannevik G, Jeppsson S et al. A longitudinal study of the perimenopausal transition: altered profile of steroid and pituitary hormones, SHBG and bone mineral density. Maturitas, 21: 103- 113, 1995.
48. Rymer J. Relative and absolute contraindications to hormone replacement therapy. In: Studd J (ed.).The Management of the Menopause. London, Parthenon, 2000. p. 221 -6.
49. Rannevik G, Jeppsson S, Johnell O, Bjerre B, Laurell-Borulf Y, Svanberg L.A longitudinal study of the perimenopausal transition: altered profiles of steroid and pituitary hormones, SHBG and bone mineral density. Maturitas 1995;21:103-113.
50. Rico-Lenza: Osteoporosis involutiva: de la pediatría a la geriatría. Med. Clínica. 1987: 89 (12): 504-506.
51. Seed M. Postmenopausal hormone replacement therapy, coronary heart disease and plasma lipoproteins. Drugs 1994; 47 Suppl 2:25-34.
52. Soules MR, Sherman S, Parrot E, et al – Executive summary : Stages of reproductive Aging Workshop ( STRAW) . Climateric. 2001; 4 (4) : 267-72 .
53. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Boletín de Recursos, Producción de Servicios y Motivo de consulta en Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana, 1997

54. Svensson LO, Johnson SH, Olsson SE. Plasma concentrations of medroxyprogesterone acetate, estradiol and estrone following oral administration of Klimaxil study in menopausal women. *Maturitas* 1994;18:229-38.
55. The Genesis of Menopause. Wulf Utian. Editorial Menopause, The journal of the North American Menopause Society, Vol. 4 1994.
56. Steinberg, F.U. El ejercicio en la prevención y tratamiento de la osteoporosis. In: Sutnick, M.R. Nutrición: calcio colesterol e calorías. *Clínicas Médicas da América do Norte* 1998 1: 113-123.
57. Soares CN, Cohen LS, Otto MW, Harlow BL. Characteristics of women with premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) who did or did not report history of depression. *J Womens Health and Gender Based Med* 10 (9): 873-8, 2001
58. Stahl SM. Natural Estrogen as an antidepressant for women. *J Clin Psychiatry* 62: 404-5, 2001.
59. Sullivan JM, EL - ZeKy F, Vander Zwaag R, Ramanathan KB, - Effect on survival of estrogen replacement therapy after coronary artery bypass grafting *Am J Cardiol* 1997;79: 847-50.
60. Vanharanta M, Voutilainen S, Lakka TA, Van Der Lee M, Adlercreutz H, Salonen JT – Risk of acute coronary events according to serum concentrations of enterolactone: a prospective population – based case – control study. *Lancet*. 1999 Dec 18-25; 354 (9196): 2112-5.
61. Vaquero M. Magnesium and trace elements in the elderly: intake, status and recommendations. *J Nutr Health Aging* 2002; 6: 147-53.

62. Ventura P, Cagnacci A, Malmusi S, Panini R, Baldassari F, Arangino S, Volpe A, Salvioli G. – Continuous combined hormone replacement therapy with oral 17 beta - estradiol and norethisterone acetate improves homocysteine metabolism in postmenopausal women . Menopause. 2001 Jul – Aug ; 8 (4): 252- 8.
63. Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women : principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial . JAMA 2002 ; 288 : 321-333
64. Wild R.A. Estrogen: Effects on the cardiovascular tree, Obst. Gynecol 1996; 97:27S-35S.
65. WHI – Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women’s Healthy Initiative randomized control trial. JAMA 2002; 288: 321- 33.
66. Writing Group for the Whi Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women : principal results From the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002, 288 (3) : 321 -33.
67. Yonemoto Y, Wada Y, Suzuki H, Higashiiwai, Yajima A. (A histopathological study on the biological behavior of carcinoma in situ of the uterine cervix). Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi 1994; 46:442-8.
68. Yafee K, Sawaya G, Lieberburg I, Grady D. Estrogen therapy in postmenopausal women: effects of cognitive function and dementia. JAMA 1998, 279 : 688 – 95.

69. Zichella L. Clinical management of the menopausal woman. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1993; 38 Suppl 1:15:22.



ANEXO 1

# Universidad Católica de Santa María

## Escuela de Postgrado

### Doctorado en Medicina



**Proyecto de Investigación  
para optar el grado Académico de Doctor en Medicina**

**TÍTULO:**

**CONCEPTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE AL  
CLIMATERIO EN TRES GENERACIONES EMPARENTADAS DE  
MUJERES, AREQUIPA, 2002**

**Proyecto de Investigación presentado por el  
Magíster MIGUEL MONTES CÁCERES**

**Arequipa – Perú  
2002**

## ÍNDICE

<b>I. PREÁMBULO</b> .....	1
<b>II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b> .....	2
2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
2.1.1. Enunciado del Problema .....	2
2.1.2. Descripción del Problema:.....	2
Área del Conocimiento a que pertenece .....	2
Análisis de variables .....	3
Indicadores .....	3
Tipo de Investigación.....	4
2.1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	4
Importancia del Problema.....	4
2.2. MARCO CONCEPTUAL .....	6
Marco teórico.....	6
Antecedentes de Investigación del Problema .....	19
2.3. OBJETIVOS .....	20
2.4. HIPÓTESIS .....	20
<b>III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</b> .....	20
3.1. TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN .....	20
Instrumentos.....	21
Materiales .....	21
Métodos .....	21
3.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	21
3.2.1. Ubicación Espacial .....	21
3.2.2. Ubicación Temporal.....	22
3.2.3. Unidades de Estudio .....	22
3.3. Estrategia de Recolección de los Datos .....	25
<b>IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO</b> .....	26

## I. PREÁMBULO

El climaterio constituye un problema de salud pública, las mujeres mayores de 45 años experimentarán cambios fisiológicos asociados a los cambios hormonales característicos de éste período y estarán expuestas a los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Esto implica la necesidad de una respuesta amplia e integral por parte de la sociedad, el estado y las organizaciones técnicas, responsables de la salud pública.

El período postmenopáusico se acompaña de un incremento importante en la incidencia de trastornos médicos relacionados con la edad y algunos de éstos, en especial osteoporosis y enfermedades cardiovasculares, se relacionan con la deficiencia de estrógenos lo mismo que la edad, de modo que la asistencia médica debe guardar relación con la restitución hormonal.

El climaterio condiciona cambios en la forma de vida de las mujeres en esta etapa y en la de sus familias, necesitamos conocer para dar un enfoque multidisciplinario, a fin de recomendar o adecuar las formas y estilos de vida y de poder minimizar o controlar los riesgos.

El climaterio es una de las etapas de la vida de la mujer de mayor importancia ya que debido a los avances de la tecnología y conocimientos médicos, la expectativa de vida de la mujer se ha elevado (promedio 72 años), lo cual como podemos inferir también trae problemas de tipo económico, social y médico lo cual repercute en los países y sociedades al tener que adecuar espacios y condiciones para atender la demanda que ésta población requiere

Existen muchos trabajos de investigación sobre conocimiento de los eventos fisiológicos que ocurren en las pacientes que se encuentran en la etapa del climaterio y la menopausia, tratamiento y prevención por el aumento

proporcional y numérico de este grupo de mujeres principalmente en los países desarrollados. Sin embargo, nuestro interés es conocer en nuestra sociedad los conocimientos, actitudes y prácticas frente al climaterio y compararlas en tres generaciones emparentadas en la ciudad de Arequipa. Además de los cambios que se observan en la concepción personal, el estilo de vida y la perspectivas del futuro.

Precisamente, hemos elegido este aspecto de la investigación del climaterio, pues nos permitirá una aproximación histórica a los probables cambios o no, en las concepciones y actitudes de las mujeres frente al climaterio, lo cual puede tener impacto en sus acceso a servicios de salud, en la disposición para la atención médica y en la forma en que atravesarán esta etapa, la cual suele ser decisiva para muchas de ellas.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

**2.1.1. Enunciado del Problema de Investigación:** Comparación de las conceptos, actitudes y prácticas frente al climaterio en tres generaciones emparentadas de mujeres, de Arequipa, 2002.

#### 2.1.2. Descripción del Problema

a) **Área del Conocimiento a que pertenece**

**Área general:** Ciencias de la Salud

**Área Específica:** Medicina Humana

**Especialidad:** Ginecología y Obstetricia

**Línea o tópico:** Climaterio

## b) Análisis de variables

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	ESCALAS
<b>CONCEPCIONES SOBRE CLIMATERIO</b>		
- Concepto: Conjunto de conocimientos o información, creencias y experiencias sobre aspectos de la realidad; que constituyen un elemento cultural de los grupos sociales y que dan sustento a su conducta.		
- Concepto sobre Climaterio	Concepciones a determinar	Nominal
- Causas del Climaterio	Concepciones a determinar	Nominal
- Manifestaciones	Concepciones a determinar	Nominal
- Riesgos o enfermedades en el Climaterio	Concepciones a determinar	Nominal
<b>ACTITUDES HACIA EL CLIMATERIO</b>		
- Actitud: Intención explícita de una acción, incluye las opiniones. Tiene componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales; pero es diferente a la conducta en sí.		
- Qué debe hacer en el Climaterio	Actitudes a determinar	Nominal
- Qué no debe hacer en el Climaterio	Actitudes a determinar	Nominal
- Cómo debe ser la alimentación	Actitudes a determinar	Nominal
- Cómo debe ser la apariencia personal	Actitudes a determinar	Nominal
- Debe recibir Tto. médico en el Climaterio	Sí, No	Nominal
- Cómo deben ser las relaciones familiares	Actitudes a determinar	Nominal
- Cómo deben ser las relaciones sexuales	Actitudes a determinar	Nominal
<b>EXPERIENCIAS DEL CLIMATERIO</b>		
- Mujeres que han vivido el período transicional, caracterizado por la pérdida gradual de la función ovárica		
- Edad de inicio del Climaterio	Años cumplidos	Razón
- Edad de término del Climaterio	Años cumplidos	Razón
- Edad de la Menopausia	Años cumplidos	Razón
- Sintomatología	Bochornos, cefalea, otros.	Nominal
- Complicaciones	Osteoporosis, infarto, otros	Nominal
- Tratamiento Médico	Sí. No	Nominal
- Alimentación	A determinar	Nominal
- Relaciones Sexuales	A determinar	Nominal
- Relaciones Familiares	A determinar	Nominal

### **c) Tipo de Investigación o Diseño**

Usando la clasificación de John C. Bailar y Friederich Mosteller, la presente investigación será de tipo observacional y transversal; según la clasificación de Jorge Alarcón, especialmente usada para estudios epidemiológicos, será un diseño sin control experimental, en grupos no controlados. Además, es de tipo transversal, de diagnóstico y estadiaje, según la clasificación de John C. Bailar II y colaboradores y de tipo analítica según la clasificación de la OMS/OPS.

#### **2.1.3. Justificación del Problema**

##### **Importancia del Problema**

El cese de la función gonadal de la mujer se asocia con cambios importantes no sólo en el ámbito reproductivo sino a nivel sistémico. Esta etapa de la vida generalmente se ve afectada por la aparición de enfermedades incapacitantes y potencialmente mortales como la osteoporosis y enfermedad cardiovascular. En la actualidad el manejo hormonal del hipoestrogenismo es capaz de tratar efectivamente la sintomatología que se le asocia. La terapéutica con estrógenos previene secuelas graves a largo plazo y mejora notoriamente la calidad de vida de las pacientes que usan.

Climaterio es el término utilizado para denominar al fenómeno global de envejecimiento del ovario, en el que se incluye la menopausia es decir el cese definitivo de la menstruación al menos durante un año.

El climaterio es una de las etapas de la vida de la mujer de mayor importancia ya que debido a los avances de la tecnología y conocimientos

médicos, la expectativa de vida de la mujer se ha elevado (promedio 72 años), lo cual como podemos inferir también trae problemas de tipo económico, social y médico lo cual repercute en los países y sociedades al tener que adecuar espacios y condiciones para atender la demanda que ésta población requiere. De modo que el conocimiento de esta etapa de la vida es de gran importancia en el mundo de hoy dada la creciente población involucrada, las amplias perspectivas en prevención asociadas a las principales causas de morbilidad femenina y su relación con la productividad y la calidad de vida de esta población.

Existen muchos trabajos de investigación sobre conocimiento de los eventos fisiológicos que ocurren en las pacientes que se encuentran en la etapa del climaterio y la menopausia, tratamiento y prevención por el aumento proporcional y numérico de este grupo de mujeres principalmente en los países desarrollados. Sin embargo, nuestro interés es conocer en nuestra sociedad los conocimientos, actitudes y prácticas frente al climaterio y compararlas en tres generaciones emparentadas en la ciudad de Arequipa. Además de los cambios que se observan en la concepción personal, el estilo de vida y la perspectivas del futuro.

La importancia es determinar el conocimiento, las actitudes y prácticas con relación al climaterio en la población arequipeña con las características señaladas y poder dirigir programas adecuados para prevenir y sobrellevar a la mejor manera posible, las consecuencias de la menopausia, así como ofrecer una mejor calidad de vida a éste grupo. Además contribuir a estimular otros estudios en el ámbito nacional para que se le dé la importancia que tiene ésta etapa de la vida sobre todo si consideramos que todas las mujeres mayores de

40 años presenta o presentarán algún grado de déficit estrogénico y que además según el censo Nacional de 1993 ésta población estaría alcanzando la cifra de 2,5 millones de personas, para lo cual debe diseñarse programas adecuados para ofrecer servicios preventivos y de tratamiento oportuno.

## 2. 2. MARCO CONCEPTUAL

### EL CLIMATERIO

#### 2.1. Definición

El climaterio es una fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica, etapa que dura alrededor de 20 años. El Comité de Nomenclaturas de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, lo define como la fase del proceso de envejecimiento durante la cual una mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo. La menopausia consiste en el cese de las menstruaciones, ambos aspectos tienen su origen en el envejecimiento de los ovarios. La deficiencia estrogénica resultante se hace evidente en los tejidos influenciados, ocasionando signos y síntomas inmediatos y tardíos que pueden ser motivo de preocupación y molestia para la paciente que los sufre. La menopausia puede ser fisiológica o artificial, siendo la segunda causada por cirugía o radiación<sup>1</sup>

#### 2.2. Premenopausia y Postmenopausia

Se consideran períodos distintos, divididos por la última menstruación. La premenopausia estaría representada por un lapso variable en tiempo, que se inicia con los primeros signos de declinación hormonal y culmina con la

---

<sup>1</sup> PACHECO JOSÉ "Registro Nacional de Climaterio y Menopausia" Rev. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 14 No2 Jul,98, Pags. 128-130.

desaparición del sangrado menstrual, a partir de allí se ingresa en la postmenopausia. Esta clasificación solo sirve para diferenciar distintos episodios de un mismo fenómeno, el término climaterio es de origen griego: *Klimar*, escalera y *Thero*, animal. Lo que literalmente significa subir un peldaño más es la escalera de la vida, nos asocia al lento descenso de la función hormonal ovárica, mientras que la menopausia (término híbrido, del latín: mes y del griego: cesación) indica solamente una fecha, la última menstruación<sup>2</sup>

Los síntomas de la premenopausia son variables, suelen verse irregularidades menstruales. La cantidad de sangrado menstrual se altera con mayor tendencia a las metrorragias.

El inicio de la declinación funcional ovárica es variable para cada mujer. A lo largo de la historia la edad de la menopausia, se ha ido alargando según los datos que se poseen, en la edad media el promedio (+/- 5 años) era de 40 años, en el 1700 de 45 años y en la actualidad ronda los 50 años. Si consideramos que el climaterio comenzó en promedio uno cinco años antes, actualmente entre los 45 y 50 años empiezan a verse síntomas de declinación hormonal. A menudo se considera precoz a una menopausia ocurrida antes de los 40 años y tardía a la producida después de los 55 años.

### 2.3. Endocrinología

El hipogonadismo es el punto de origen de las alteraciones hormonales encontradas en el climaterio, aún después de la menopausia el ovario produce cantidades mínimas de estrógenos. Por otra parte, los niveles de andrógenos principalmente los de origen ovárico (androstenediona) disminuyen también

---

<sup>2</sup> HAMMOND CB. Menopause and Hormone Replacement Therapy: An Overview. *Obstet Gynecol* 1996;87:2S-15S.

aunque no en cantidad proporcional a la reducción de los niveles de estrógenos<sup>3</sup>

Las glándulas suprarrenales producen pequeñas cantidades de estrógenos, pero grandes de andrógenos débiles (dehidroepiandrosterona y su forma sulfatada). Aunque la producción suprarrenal de andrógenos también disminuye durante el climaterio, es importante desde el punto de vista fisiológico porque en una fuente de estrógenos, los que son formados por aromatización periférica.

Conforme avanza el climaterio se incrementa la relación estrona: estradiol, además se aumenta la frecuencia de los ciclos anovulatorios y las concentraciones de progesterona sérica son significativamente menores a las vistas en mujeres en edad reproductiva. Al igual que los niveles de esteroides, las concentraciones de la globulina fijadora de hormonas sexuales también disminuyen en la perimenopausia<sup>4</sup>

El hipoestrogenismo incrementa los niveles de GnRH y por ende de los FSH. Sin tratamiento la FSH sérica permanece elevada durante algunos años después de la menopausia y posteriormente disminuye paulatinamente, sin alcanzar los niveles premenopáusicos. A nivel del sistema nervioso central la carencia de estrógenos disminuye la concentración de opioides hipotalámicos que tienen efecto inhibitorio sobre la secreción de GnRH. La disminución de los opioides se asocia en la aparición de síntomas vasomotores. Los cambios en las endorfinas también afectan la producción de neurotransmisores como el ácido -aminobutírico. Estas alteraciones se han relacionado con la aparición de síntomas psicológicos en el climaterio

<sup>3</sup> MONGRUT STEANE, ANDRES. Tratado de Ginecología. Editorial MONPRES, III Edición 2000.

<sup>4</sup> John Franklin Donaldson. How did the menopause arise. The Journal of the North American Menopause Society. Vol. 1 No.4.

## 2. 4. Terapia hormonal de reemplazo beneficios y sus riesgos

La administración de estrógenos mejora los síntomas vasomotores y toda la sintomatología asociada con la atrofia urogenital. La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la causa principal de muerte en el sexo femenino. Existe ya un consenso general que indica que el uso de terapia hormonal con estrógenos disminuye de manera significativa la morbilidad cardiovascular asociada con el hipoestrogenismo.

Los estrógenos ejercen su efecto benéfico sobre el sistema cardiovascular de varias maneras. Las mujeres postmenopáusicas sin tratamiento tienen concentraciones más altas de triglicéridos y colesterol unido a lipoproteína de baja densidad (LDL) que las mujeres que preservan la función ovárica. Lo opuesto ocurre con las lipoproteínas de alta densidad (HDL). La terapia estrogénica de reemplazo revierte los cambios que se presentan en los lípidos séricos después de la menopausia. En estos casos la vía de administración de la hormona es importante, el efecto benéfico sobre las HDL no suele ser tan notorio con el uso parenteral de estrógenos<sup>5</sup>

Los estrógenos también tienen efectos directos sobre el sistema cardiovascular. Existen receptores estrogénicos en las paredes de los vasos. Hay evidencia tanto en modelos animales como humanos de los estrógenos actúan sobre la vasculatura incrementando el flujo sanguíneo. La terapia estrogénica se asocia con mejoría en parámetros hemodinámicos medidos por ecocardiografía Doppler (disminución de la resistencia vascular) a nivel de aorta y carótidas

---

<sup>5</sup> CASPER RF, CHAPDELAIN A. Estrogen and interrupted progestin: a new concept for menopausal hormone replacement therapy. Am J Obstet Gynecol 1993; 168(4): 1188-94; discussion 1194-6

Existen amplias evidencias que confirman que la terapia estrogénica previene la pérdida ósea asociada con el hipoestrogenismo de duración prolongada. Para obtener el efecto benéfico en este aspecto específico se necesita alcanzar niveles hormonales cercanos a los observados en la premenopausia; en la osteoporosis los resultados son independientes de la vía de administración del medicamento. Aunque discutido, es probable que el empleo prolongado de estrógenos sea recomendable para prevenir en forma eficaz el desarrollo de osteoporosis

Siempre que se trate de prevenir la pérdida de la masa ósea, además de la terapia estrogénica hay que hacer cambios en el estilo de vida (no fumar, realizar ejercicio) y garantizar una ingesta diaria de calcio de 1000 a 1200 mg/día.

En pacientes que preservan el útero se recomienda el uso combinado de estrógenos y progesterona, los progestágenos también tienen acción benéfica sobre la masa ósea. Existen pocos trabajos sobre el efecto óseo del uso exclusivo de los progestágenos. La noretindrona puede prevenir la pérdida de hueso, no obstante, lo mismo no ha sido demostrado para la medroxiprogesterona. Independientemente de todo es un hecho que el uso de progestágenos no altera el efecto benéfico de los estrógenos sobre el tejido óseo e inclusive es posible que exista efecto sinérgico entre ambos tipos de hormonas

Además de sus beneficios óseos sistémicos, la terapia estrogénica también tiene efecto positivo sobre la salud dental. El uso de estrógenos en las pacientes postmenopáusicas previene la pérdida de piezas dentales y disminuye la necesidad de usar prótesis, esto debido a que reducen la pérdida

de hueso alveolar en este tipo de pacientes. El tratamiento estrogénico sin administración de progestágeno a mujeres que preservan el útero aumenta de manera significativa el riesgo relativo (2 a 8 veces) de presentar hiperplasia endometrial y con mucha menor frecuencia la posibilidad de desarrollar adenocarcinoma de endometrio. El riesgo de presentar hiperplasia endometrial después de un año de usar estrógenos conjugados solos es aproximadamente del 20%<sup>6</sup>

Desde el punto de vista clínico el tratamiento hormonal debe ser suficiente para eliminar los síntomas vasomotores y la atrofia urogenital. A largo plazo, la terapia hormonal adecuada debe ser capaz de mejorar la calidad de vida y prevenir las secuelas del hipoestrogenismo como la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular. El tratamiento ideal no debe tener efectos clínicos indeseables ni producir trastornos metabólicos. Además debe ser fácil de usar y tener aceptación prolongada por parte de la paciente.

Los esquemas de tratamiento dependen de las necesidades médicas de las pacientes, pero la meta primordial que consiste en obtener una aceptación prolongada del uso de la terapia hormonal. Las mujeres que han sido sometidas a histerectomía sólo requieren el uso continuo de estrógenos. En pacientes que preservan el útero es indispensable la administración concomitante de un progestágeno para evitar el riesgo de neoplasia endometrial. El progestágeno no tiene efecto significativo sobre el riesgo de desarrollar carcinoma mamario.

El protocolo de administración continua de estrógeno mas progestágeno brinda beneficios prácticos a las pacientes. Si las mujeres ya se

---

<sup>6</sup> SVENSSON LO, JOHNSON SH, OLSSON SE. Plasma concentrations of medroxyprogesterone acetate, estradiol and estrone following oral administration of Klimaxil study in menopausal women Maturitas 1994;18:229-38.

encontraban en etapa postmenopaúsica, la mayoría de ellas continúa sin menstruar después de un año de tratamiento. Por otra parte, este esquema produce los efectos deseados sobre el endometrio y las lipoproteínas plasmáticas. Por las razones anteriores se ha observado una aceptación y seguimiento prolongados con el uso de este protocolo

## 2. 5. Seguimiento y Problemas Clínicos

El mayor problema con el uso de la terapia hormonal de reemplazo para manejar la patología del climaterio es la suspensión del tratamiento. En estas circunstancias es básica la información extensa para las pacientes. Entre más alto es el nivel cultural y el conocimiento de las mujeres sobre los problemas patológicos que se asocian al climaterio, mayor es la posibilidad de que usen los medicamentos de manera adecuada.

Se ha observado que sólo aproximadamente 30% de las mujeres que inician la terapia hormonal continúan usándola después de un año de seguimiento. De las que usan los medicamentos, aproximadamente el 70% lo toman de manera correcta y regularmente. Casi 30% de las pacientes que reciben prescripción de terapia de reemplazo no ha usado nunca los medicamentos<sup>7</sup>

En mujeres que ya se encontraban en la menopausia la existencia de hemorragia genital es un causa frecuente de abandono de la terapia. Cuando se presentan episodios de hemorragia anormal está indicada la búsqueda de patología endometrial. En estos casos es útil el ultrasonido transvaginal.

---

<sup>7</sup> PASQUALINI JR, KLOOSTERBOER. Estrone sulfatase and 17b-hydroxysteroid dehydrogenase activities in human breast cancer. Inhibitory effect by tibolone and its metabolites. Abstracto. XV Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia FIGO. Acta Obstet Gynecol Scand 1997;76N° 167 Suppl August 6:35.

Cuando el espesor del endometrio medio en corte longitudinal es 5 mm la posibilidad de que exista un problema maligno es prácticamente inexistente.

Un solo episodio de hemorragia anormal no indica la realización de una biopsia. Ante la repetición del problema o en presencia de espesor endometrial de más de 5 mm se recomienda practicar el procedimiento. En términos generales la toma de la muestra con cánula de Pipele da la misma sensibilidad y especificidad a la observada cuando la muestra se obtiene mediante legrado. En casos seleccionados es indispensable realizar evaluación histeroscópica si la hemorragia anormal es persistente o no se logra explicar por los métodos mencionados previamente

La aparición de síntomas semejantes a los observados en el síndrome premenstrual es otro de los problemas que pueden aparecer durante el uso de estrógenos. Generalmente se deben a sobredosificación. No son causa habitual de suspensión del tratamiento y generalmente se tratan disminuyendo la dosis del fármaco o mediante la administración de progesterona

Los progestágenos también producen efectos secundarios que pueden ocasionar el abandono del tratamiento. Es posible que haya sedación, síntomas depresivos y también datos similares a los encontrados en el síndrome premenstrual. Estas últimas molestias generalmente se asocian al uso de progestágenos sintéticos. Algunas opciones son el cambio de medicamento o en la posología, en ocasiones se recomienda el uso de progesterona natural.

## **2. 6. Estilo de Vida, Ejercicios y Climaterio**

La alimentación y el ejercicio son fundamentales para la salud durante el climaterio, principalmente para los sistemas osteomuscular y cardiovascular.

El cambio más notable relacionado con la menopausia es el metabolismo del calcio; el mantenimiento óseo depende del calcio y la vitamina D. En un estudio en Yugoslavia se notó que las mujeres que provenían de una región con gran ingestión de calcio tenían una masa ósea más resistente y menos fracturas que las mujeres de regiones con mejor ingesta de calcio.<sup>8</sup>

En la premenopausia es aconsejable tomar alrededor de 1000 mg/día de calcio y más o menos 1500 mg/día en la post-menopausia, para mantener un buen balance óseo. El hipoestrogenismo causa una disminución de la absorción intestinal de calcio y la retención renal de este ión.<sup>9</sup>

Hay alimentos que disminuyen la biodisponibilidad del calcio, y deben ser evitados, como las fibras dietéticas, el ácido fítico (encontrado en el salvado) y el ácido oxálico (que se encuentra en algunos vegetales como la espinaca). El exceso de la ingesta de proteínas aumenta la excreción urinaria de calcio, lo mismo que el alcohol; la cafeína aumenta también la pérdida fecal y urinaria de este mineral. El alcohol también aumenta la pérdida de este ión.

La vitamina D es esencial para la absorción y utilización del calcio; en cuanto a la vitamina K es importante para la formación de la matriz del hueso. La vitamina D puede ser sintetizada en la piel bajo exposición solar; su ingesta no debe ser mayor de 1000 UI por día; su exceso puede dar un incremento de la excreción renal del calcio y pérdida cortical de hueso. Raramente la ingestión dietética es mayor de la necesaria.

---

<sup>8</sup> SANTIAGO PALACIO GIL – ANTUÑO. Enfoque moderno de la menopausia conferencia en el XVIII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología del Atlántico. Barranquilla diciembre de 1991.

<sup>9</sup> NOTELOVITZ M. Estrogen and osteoporosis: in FIGO Congress, IX Congress of Gynecology and Obstetrics.

El ejercicio físico estimula la remodelación ósea y asociado a una dosis adecuada de calcio, parece incrementar la masa ósea. Caminar es un ejercicio excelente, especialmente para los huesos de miembros inferiores y columna vertebral. Debe hacerse por lo menos 30 minutos diarios, a un ritmo mayor del normal y ojalá a la exposición del sol. Correr no es aconsejable para mujeres con osteoporosis, lo mismo que ejercicios de alto impacto.

Con la llegada de la menopausia se inicia un proceso de pérdida del contenido mineral óseo (CMO), existen factores determinantes de la velocidad de esta pérdida como son genético, hormonales, metabólicos, mecánicos y nutricionales. Dentro de los factores referidos, los genéticos son inevitables, los factores nutricionales y los mecánicos conforman el "estilo de vida".

### **2. 7. Sexualidad y Climaterio**

La sexualidad en el climaterio sufre modificaciones, que en su etapa premenopáusica no suele ser de relevancia, continuando con las características de la etapa anterior, en cambio una vez en la postmenopausia se pueden ver tanto disminución, como aumento del deseo sexual, más frecuentemente el primero. Se ha evaluado la actividad sexual, orgasmo y frecuencia de relaciones sexuales en mujeres de entre 45 y 55 años de edad, y se constata una disminución global de las manifestaciones sexuales, más elocuente después de los 55 años, mayor aún cuanto más avanzada sea la menopausia.

Por otro lado, se puede ver mujeres que llegan a la edad de la menopausia con una función reproductiva cumplida y antecedente de una vida sexual buena, con deseos sexuales presentes y a veces exacerbados, por la desaparición del temor a un embarazo no deseado.

No debemos olvidar que los tabúes sexuales que existen durante toda una vida, toman mayor fuerza durante la adolescencia y el climaterio. La vida sexual de la mujer climatérica debería seguir de la misma manera que en el hombre; el que no sea así, dependerá principalmente de los trastornos de personalidad de la mujer y que estarán dados por su historia personal y sexual y por otro lado, el grado de aceptación que la sexualidad tenga para la sociedad que la rodea.

La realidad es que no hay un cese definitivo y brusco de la sexualidad en algún momento de la vida; si no media un impedimento físico real, la actividad sexual continúa y solo se acaba a edad muy adulta o con la muerte. La capacidad no se pierde con la edad, sólo disminuye de intensidad en el mismo modo que otras funciones vitales. El criterio que prevalece en la mayoría de los investigadores es que la mujer con una vida sexual bien realizada, llega al climaterio conservando con plenitud su actividad sexual y ésta seguirá desarrollándose en forma normal, independiente de los fenómenos de privación hormonal, solo siendo alterada en forma indirecta por ello, ante la falta de lubricación con dolor en la relación sexual, es en el área psicológica donde se ven las mayores alteraciones de conducta sexual, respecto de la edad. si una mujer ha sido feliz en su sexualidad, va a seguir siéndolo en el climaterio, en cambio si no lo fue, seguramente verá al climaterio como el fin de sus posibilidades de logro. Aquellas en las que el ejercicio de su sexualidad fue siempre un inconveniente verán con la llegada del climaterio la justificación esperada para no tener relaciones sexuales y liberarse de ese “peso” que tuvieron que llevar por tantos años.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> WINNIFRED BERG CUTLER-CELSO RAMÓN GARCÍA. The medical management of menopause and posmenopause. 1984; 122.

## 2. 8. Aspectos Culturales

La cultura es un sistema de formas de actuar, pensar y sentir; que caracterizan e identifican a los pueblos, estas formas se crean históricamente, son dinámicas, se transmiten en el grupo social y sobretodo en la familia y actúan como una matriz profunda de conducta social. Los grupos humanos, desde su aparición en la tierra, han enfrentado necesidades y problemas. Para este enfrentamiento y en este proceso, han creado conocimientos, valores, instituciones y bienes materiales a todo lo cual llamamos cultura. Las raíces de la cultura se pueden encontrar en la historia social de los grupos, sus relaciones con la naturaleza y la cosmovisión que desarrollan.<sup>11</sup>

Los seres humanos, para vivir socialmente, tuvieron que elegir qué formas de vida, de relaciones, de conductas y de valores, eran mejores o aceptables, y cuáles eran inaceptables. Desde este momento empezaron las conductas morales y quienes reflexionaron sobre ello, para darle sentido y principios, hicieron ética.

El énfasis en algún principio ético ha sido diferente en los diversos momentos históricos y estuvo asociado a los diversos pensadores; pero todos pretendían el sumo bien. Las diferencias más sustantivas en los principios éticos son las relacionadas a las diferentes culturas, etnias o grupos sociales. La moral es un componente de la cultura y su cambio se da en función de las nuevas adquisiciones y experiencias del grupo, el cual establece determinadas normas culturales de acuerdo a las necesidades, también definidas socialmente.

La cultura es dinámica, así como su moral, por ello podemos apreciar cómo en diferentes grupos y tiempos se ha valorado: el éxito, la salvación del

---

<sup>11</sup> WILD R.A. Estrogen: Effects on the cardiovascular tree, Obst. Gynecol 1996; 97:27S-35S.

alma, la solidaridad, la belleza, el placer, los bienes materiales. Todas estas expresiones tienen su raíz en seres humanos concretos, que encuentran eficaz algún valor, alguna conducta; pero igualmente pueden cambiarlo a partir de ese mismo sustrato de necesidades, experiencias y nuevas visiones del mundo. Las prácticas sociales son creadas y desarrolladas dentro de un determinado contexto cultural, el cual expresa y reproduce normas y valores necesarios y legítimos. En el Perú no existe una cultura nacional articulada, es un país con una gran diversidad cultural a pesar de los avances realizados hacia la homogeneización (como la expansión de la escolaridad), donde las condiciones geográficas, lingüísticas, educativas y la identidad étnica, mantienen la desintegración del país. Los logros, especialmente de los migrantes en las grandes ciudades, han sido independientes del Estado, partidos políticos e instituciones privadas.

### **ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN DEL PROBLEMA**

**En el ámbito local:** No se encontró hasta el momento de la búsqueda.

**En el ámbito Nacional:** No se encontró hasta el momento de la búsqueda.

**En el ámbito Internacional:** No se encontró hasta el momento de la búsqueda.

### **2.3. OBJETIVOS**

- 1.- Comparar los conocimientos sobre el climaterio en dos generaciones de hijas adolescentes y madres premenopáusicas emparentadas de Arequipa.
- 2.- Comparar las actitudes frente al climaterio en dos generaciones de hijas adolescentes y madres premenopáusicas emparentadas de Arequipa.

3.- Analizar las experiencias durante el climaterio en una generación de mujeres postmenopáusicas de Arequipa.

## **2.4. HIPÓTESIS**

Dados los cambios en la educación y acceso a la información, así como las condiciones de vida en la ciudad, que tienen las tres generaciones de mujeres emparentadas:

Es probable que los conceptos, actitudes y prácticas frente al climaterio sean diferentes.

## **III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL Y MATERIALES**

### **1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

#### **ÁMBITO DE ESTUDIO**

Nuestro estudio se realizará en la ciudad de Arequipa desde el 1 de marzo al 30 de setiembre del 2002.

Para identificar los conceptos, actitudes y prácticas sobre las variables de estudio, usaremos la técnica de la entrevista, por permitirnos interactuar intensivamente con las unidades de estudio y explorar su conciencia y razonamientos. Los componentes de la entrevista serán elaborados en base a las variables e indicadores elegidos. Los datos serán recogidos en una guía de entrevista, elaborada para este fin.

#### **Métodos:**

La técnica de investigación será la entrevista, para lo cual se usará una guía de entrevista, elaborada por el autor en base a las variables e indicadores definidos en la operacionalización de variables. Esta técnica e instrumento será validado, aplicando una primera etapa de recolección de datos, en ocho grupos

de tres mujeres, cuyos resultados nos servirán para hacer los reajustes operativos necesarios a la guía de entrevista, cuyo contenido y forma de plantear las preguntas se derivan de las variables y objetivos de la investigación. La revisión técnica de la guía se hizo con el apoyo de un experto en investigación con las técnicas de entrevistas.<sup>12</sup> Se hará este tipo de validación pues se trata de una entrevista con varias preguntas abiertas y otras en escala de Lickert, no se trata de probar la validez de una escala de medición nueva y tampoco se ha hecho modificaciones a otro instrumento que requiera validarse, pues es obvio que no se debe validar la escala de Lickert, ni las preguntas, pues ellas se derivan de las variables e indicadores elegidos en la operacionalización de las variables. Se aplicará los instrumentos en grupos de unidades de estudio de diferentes ámbitos de Arequipa, para probar la claridad y comprensión de las preguntas por parte de las entrevistadas, la factibilidad de entrevistar por separado a los integrantes de cada generación, la factibilidad de registrar la información, la comprensión de la elección de respuestas en la escala de Lickert.

Los materiales que se emplean son principalmente los de escritorio, el bibliográfico y un equipo de cómputo para la elaboración de los resultados y redactar el informe final.

---

<sup>12</sup> La validación por un experto es una de las tres estrategias de validación, en este caso fue el médico y antropólogo Alejandro Vela, magíster en Salud Pública y magíster en Filosofía, ex director de Recursos Humanos de CONCYTEC Arequipa, ex director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina UNSA, certificado en investigación cualitativa y consultor en diversos proyectos de investigación.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

**2.1. Ubicación Espacial:** La presente investigación se realizará en los distritos de Cerro Colorado, Socabaya, Hunter, JL Bustamante y Rivero, Paucarpata, Miraflores, Paucarpata, Arequipa cercado, Yanahuara.

**2.2. Ubicación Temporal:** La presente investigación se realizará en el año 2002, habiéndose programado la recolección de datos, los meses de julio a diciembre.

**2.3. Unidades de Estudio:** Se formarán grupos de tres generaciones de mujeres, que tengan una relación de abuela, madre e hija, que además cumplan con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Grupo “abuelas”:
  - Mujeres en quienes su última menstruación fue hace un año o más
  - Migrantes del surandino a la provincia de Arequipa
- Grupo “madres”:
  - Pre y perimenopáusicas (37 a 50 años de edad), que aún menstrúen.
  - Nacidas y residencia en la provincia de Arequipa..
- c) Grupo “adolescentes”
  - Edad entre los 15 y 19 años
  - Solteras y sin hijos
  - Nacidas y residencia en la provincia de Arequipa.

Criterios de exclusión:

- Antecedentes de enfermedades crónicas mayores (diabetes, hipertensión arterial sistémica, tuberculosis, reumatismo,

depresión y otras cuyos síntomas y evolución podría confundirse con los del climaterio).

Universo o Población: La presente investigación no se pretende que sea representativa para un espacio o tiempo definido, pues se trata de una investigación exploratoria, por ser quizá el primer trabajo de su tipo en el ámbito nacional. Además existen dificultades reales para establecer el tamaño del universo de unidades de estudio que contienen su definición y los criterios de inclusión y exclusión. La población blanco estará dada por aquellas mujeres de tres generaciones emparentadas, que reúnan los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, la Población accesible serán aquellas 150 mujeres, que conformaban grupos emparentados, que fueron identificados en Arequipa.

Muestra: El tamaño de la muestra será 50 adolescentes, 50 madres y 50 abuelas.

### 3. INSTRUMENTO

Para la investigación usaremos la siguiente guía como instrumento de recolección de datos:

#### GUIA DE ENTREVISTA

##### A. DATOS GENERALES

- Grupo Generacional: “abuelas” ..... “madres” ..... “adolescentes” .....
- Edad:..... Distrito de residencia:.....
- Grado de instrucción: ANF:..... PI:.....PC:..... SI:..... SC:..... S:.....
- Ocupación principal:.....
- Lugar de nacimiento:.....
- Personas con quienes vive: .....

B. CONOCIMIENTOS SOBRE EL CLIMATERIO

1. Según usted, qué es el climaterio?.....

.....  
.....  
.....

2. Según usted, cuál es la causa principal (origen, razones) del climaterio?.....

.....  
.....

3. Según usted, cual es la manifestación importante (síntomas y signos ) del climaterio?

.....  
.....  
.....

4. Según usted, hay problemas o enfermedades durante el climaterio?

NO:.....

SI:..... ¿Cuáles? EXPLIQUE.....

.....  
.....

C. ACTITUDES FRENTE AL CLIMATERIO

1. Según usted, qué DEBE HACER una mujer frente al climaterio?

.....  
.....  
.....

2. Según usted, debe recibirse algún tratamiento médico para el climaterio?

Total acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total desacuerdo
---------------	------------	---------------	------------------

3. Según usted, durante el climaterio, la alimentación o nutrición tendrá alguna variación?

Total acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total desacuerdo
---------------	------------	---------------	------------------

4. Según usted durante el climaterio, la mujer debe cambiar la atención hacia su apariencia personal?

Total acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total desacuerdo
---------------	------------	---------------	------------------

D. PRACTICAS FRENTE AL CLIMATERIO (sólo al grupo “abuelas”)

1. Según su experiencia personal, a qué edad se inicio..... y a qué edad terminó..... su climaterio? Edad de la menopausia:\* .....

2. ¿Qué síntoma o manifestación importante tuvo? .....

.....  
.....

¿Tuvo enfermedades relacionadas al climaterio?

NO...

Si ..... ¿Cuáles? .....

.....

3. Recibió algún tratamiento médico para el climaterio?

NO :.....

SI :..... ¿Cuáles?.....

¿Quién lo indicó?.....

---

\* Para recoger esta información se hizo repreguntas sobre otros hechos o experiencias asociadas al inicio y término del climaterio, así como de la menopausia, hasta lograr consistencia en la respuesta. La gran mayoría de mujeres recuerdan con precisión la edad de estas experiencias biológicas pues se asocian a cambios y síntomas especiales.

4. Durante el climaterio hizo cambios en su alimentación?

NO:.....

SI:..... ¿Cuáles?.....  
.....

5. Durante el climaterio, cómo fueron las relaciones personales con su familia?.

Muy Buena	Buena	Regular	Mala
-----------	-------	---------	------

6. Durante el climaterio, cómo fue la frecuencia de sus relaciones sexuales con su pareja?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

### **CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL CLIMATERIO**

Para la calificación de los conocimientos y actitudes sobre el climaterio, en las mujeres estudiadas, usaremos los criterios siguientes:

La valoración de conocimientos se consideró “Adecuada” cuando la respuesta dada por la entrevistada incluía todos los elementos del concepto, se consideró “Inadecuada” cuando no incluía ninguno de los elementos, y se consideró “Parcialmente adecuada” cuando sólo incluía algunos de los elementos del concepto adecuado.

La valoración de las actitudes se consideró “Muy adecuada” o “Muy buena” cuando las respuestas dadas por las entrevistadas incluían todos los

elementos; se consideró “Muy inadecuada” y “Muy mala” cuando no tenía ninguno de los elementos. Cuando tenía la mayoría de los elementos fue considerada como “Adecuada” o “Buena” y como “Inadecuada” o “Mala” cuando la respuesta contenía sólo algunos elementos.

#### 1. SOBRE EL CONCEPTO DE CLIMATERIO

- Es una etapa normal en la vida de la mujer
- Es el proceso de envejecimiento durante la cual una mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo
- fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica
- No es una enfermedad

#### 2. SOBRE LAS CAUSAS DEL CLIMATERIO

- Se produce por la suspensión natural o artificial de los estrógenos en la mujer (hormonas femeninas)
- Es una evolución normal de la mujer
- Origen en el envejecimiento de los ovarios
- Declinación funcional ovárica de la mujer

#### 3. SOBRE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CLIMATERIO

- Generalmente bochornos, sudoraciones, cefalea
- Dolores diversos osteoarticulares y debilidad.
- Cambios en la piel, aumento de vellos
- Alteraciones en la regularidad y volumen menstrual.
- Ansiedad o irritabilidad

#### 4. SOBRE LOS PROBLEMAS O ENFERMEDADES QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN EL CLIMATERIO

- Osteoporosis
- Intensidad de los síntomas y signos por la deprivación hormonal
- Trastornos psicológicos
- Enfermedades cardiovasculares

#### 5. SOBRE LAS ACTITUDES QUE DEBEN TENER LAS MUJERES FRENTE AL CLIMATERIO

- Llevar vida normal

- Hacerse controles médicos regulares
- No automedicarse
- No excederse en los alimentos

#### 6. SOBRE LAS ACTITUDES HACIA LAS RELACIONES FAMILIARES DURANTE EL CLIMATERIO

- Deben tener una vida normal hacia la familia
- Debe haber mayor comunicación en general y con la pareja
- Debe haber mayor comprensión
- Orientación profesional

#### 7. SOBRE LAS ACTITUDES HACIA EL TRATAMIENTO MÉDICO PARA EL CLIMATERIO

- Sólo deben recibir tratamiento de reemplazo hormonal indicado por el médico
- Sólo deben tratarse médicamente cuando hay algún problema o complicación del climaterio.

#### 8. SOBRE ACTITUDES HACIA SI DEBE CAMBIAR LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL CLIMATERIO

- Debe mejorar la calidad de alimentos.
- Debe disminuir la cantidad de alimentos.

#### 9. SOBRE ACTITUDES HACIA EL CAMBIO DE LA APARIENCIA PERSONAL DURANTE EL CLIMATERIO

- Debe arreglar su aspecto personal (vestidos, maquillaje).
- Debe mejorar su aspecto físico (no engordar, higiene)

#### **USO DE LA ESCALA DE LICKTER**

La escala de Lickert es usada ampliamente en el estudio de las actitudes. La actitud se define como la intención explícita de una acción; por lo tanto no es la acción misma, sino el anuncio de una probable acción o respuesta ante un reactivo. El estudio de las actitudes se complementa con el estudio de los conocimientos y de las prácticas, llamados estudios CAP (conocimientos, actitudes y prácticas).

La escala de Lickert está planteada en la escala matemática ordinal, lo que significa que existe un orden o jerarquía de intensidad o frecuencia de las actitudes; pero no se puede hacer equivalencia con valores en escalas más continuas.

Su uso para medir actitudes es pertinente cuando se quiere obtener una medición que no es posible obtenerla en valores enteros o fraccionados. La técnica de su aplicación implica hacer una pregunta al entrevistado, presentarle una situación u otro reactivo y luego pedirle que identifique aquella que coincide o expresa mejor su opinión o actitud. En este caso, no interesa el contenido que cada entrevistado le dé a cada concepto, sino el cómo lo sintetiza en las opciones que se le ofrecen.

Las posibilidades básicas y generales de la escala de Lickert son las siguientes, pudiéndose presentar otras variantes:

Total acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Total desacuerdo
---------------	------------	-------------	---------------	------------------

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
---------	--------------	---------	------------	-------

Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
-----------	-------	---------	------	----------

**4. ELECCIÓN DE LA MUESTRA:** Considerando que no es posible operativamente identificar un tamaño de universo y sus respectivos componentes en el ámbito de estudio, es que se elegirá tomando una muestra por saturación. Este tipo de muestra es de carácter cualitativo pues su delimitación requiere una clara y profunda definición conceptual de la unidad de estudio, en un ámbito definido; aquí se prefiere construir casos tipo de las

unidades de estudio, pertinentes a lo que busca responder el problema de investigación.

Luego se definen las variables a estudiarse y se empieza a observar dichas variables en grupos y etapas sucesivas. Al término de cada grupo y etapa se elaboran resultados, los cuales se comparan con los resultados de las siguientes etapas, hasta lograr la saturación de los resultados en las diferentes variables, pudiendo hacerse una nueva etapa más de observación, para comprobar la consistencia de los resultados. Los tamaños de muestra de cada etapa pueden ser variados, dependiendo de la consistencia de los resultados obtenidos. De esta forma se obtiene una muestra de un universo desconocido; donde el tamaño es definido en el mismo proceso de investigación.

**4.1 PROCEDIMIENTO:** Para la identificación de los grupos familiares se procederá definiendo zonas urbanas de la provincia de Arequipa, en los conos norte, sur, este y oeste.

Considerando que hemos usado una guía de entrevista que fue elaborada en base a las variables e indicadores, que la medición de las actitudes fue en escala ordinal y que no hemos elaborado un instrumento con valores asignados que pretendiéramos validar en su ponderación, en su sensibilidad y especificidad; es que la validación en la presente investigación se dirigió principalmente a sus aspectos operativos como comprensión de las preguntas, registro de datos, individualización de los casos. Se realizaron en una primera etapa 8 grupos de mujeres emparentadas (abuela, madre, nieta) y con el apoyo de un experto en técnicas de investigación se validó las guías de entrevistas y su procedimiento. Algunas observaciones de la etapa de validación fueron: que el registro de respuestas debía ser muy concreto, usar

unas láminas que mostrara las opciones de la escala de Lickert, las entrevistas debían empezarse por las nietas, pues daba confianza a sus familiares, las entrevistas debían ser por separado para cada caso. Posteriormente se procederá a establecer los resultados parciales por cada grupo de estudio hasta lograr la saturación de los mismos, los cuales se lograron al realizar 40 grupos de mujeres (120 entrevistas), procediendo a realizar una muestra final de comprobación compuesto por 10 grupos de mujeres.

Los datos serán recogidos en las guías de entrevista que serán organizados en tablas mixtas, que combinan resultados de tipo cualitativo y cuantitativos, que servirán de base para hacer la discusión, proponer las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación.

#### **4.2. Estrategia de Recolección de los Datos:**

Las técnicas de procesamiento y análisis de los datos se basarán en la clasificación de los datos obtenidos en las entrevistas, los cuales serán organizados en tablas. La clasificación de datos combinará una técnica cualitativa, que consiste en clasificar los datos y categorizarlos en conceptos y la respectiva cuantificación de las frecuencias.

Para el análisis estadístico, se elegirán las variables más importantes en cuanto a concepciones y actitudes de los tres grupos generacionales de mujeres, para luego aplicarles la prueba del Ji cuadrado, que contrasta la frecuencia de las respuestas, con el número total de unidades de estudio.

**RECURSOS HUMANOS:** Estará compuesto por autor y un equipo de tres entrevistadoras, las cuales serán capacitadas ampliamente en el sentido y objetivos de la investigación, se realizará un control de calidad de los datos

obtenidos hasta lograr la validez y uniformidad en las técnicas de la investigación. La recolección de datos será supervisada permanentemente.

### VALIDACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**ÉTICA DEL ESTUDIO:** Considerando que la presente investigación no implica la experimentación con seres humanos, ni la intervención en el curso de su salud o ciclo vital, es que no será necesario un procedimiento más formal para obtener la participación de las personas en la investigación. Pero si consideraremos necesario que todas las mujeres a entrevistarse tengan la información de los fines de la investigación, cuyos datos a obtenerse serán registrados de manera anónima y en ningún caso se hará referencia a su identificación personal.

### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD	PRODUCTO	SEMANAS
Revisión Bibliográfica	Marco teórico	04
Elaboración del Proyecto de Investigación	Proyecto de Investigación	04
Aprobación del Proyecto de Investigación	Autorización	03
Ejecución y Recolección de la información	Fichas de entrevistas	22
Procesamiento de los Datos y Resultados	Resultados	06
Análisis e interpretación de Resultados	Discusión	03
Redacción preliminar de la tesis, revisión	Informe previo	04
Redacción del Informe final	Informe final	04
Total		50

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

### DEFINICIONES OPERACIONALES

En la presente investigación usaremos algunos conceptos que consideramos necesario explicarlos.

**Categoría:** Concepto de carácter científico o académico, que resume un conjunto de observaciones empíricas.

**Razón:** Forma explícita en que se justifica, racionaliza o explica determinada conducta o actitud.



## Anexo 2

### **Conocimiento de la Peri menopausia en la mujer Taiwanesa de mediana edad.**

#### **Introducción**

Durante los años de la perimenopausia el más importante rol para los proveedores de la salud es ofrecer a la mujer la educación que ella necesita. La perimenopausia es un tiempo de cambios en la función de los ovarios y el proceder del último periodo por varios años. Para la mujer de mediana edad la transición a la perimenopausia podría ser acompañado por somáticas y/o cambios psicogeneticos perdurablemente por algunos años durante las etapas perimenopausicas.

La Sociedad Americana de la Menopausia, Psicología, anatomía, soporte social, cultura, expectativas, y la actitud de la mujer y el conocimiento del cuidado propio, especialmente en su imagen misma, podrían ser factores importantes que afectan a la mujer en como debe enfrentar con la transición de los síntomas psicósomáticos.

Basado sobre 7000 cartas enviadas a una oficina internacional para la experiencia perimenopausica en la mujer, el editor encontró que la tranquilidad e la información digna de confianza, son los principales requisitos para una mujer. Sin embargo, las diferentes etapas de la perimenopausia requieren un conocimiento diferente para la mujer.

Por ejemplo, la mujer en perimenopausia quiere saber que expectativas tiene: Que sus experiencias formen parte del rango normal, peri – y post menopausia. Las mujeres necesitan ayuda en tomar sensibles decisiones acerca del uso de la Terapia de reemplazo hormonal (TRH). Algunos estudios sugieren que necesita educación de la Salud o información de ser capaces de tomar una informada decisión acerca de su propia salud, reduciendo la incierta asociación con menopausia o una conducta saludable.

Por otra parte el estudio mostró que una educación de la salud para la mujer de mediana edad tuvo un largo periodo de impacto y ayudo a la mujer a repartir emocionalmente y prácticamente con los síntomas menopausicos.

La perimenopausia esta definida como un periodo de transición inmediatamente antes de la menopausia cuando biológica y endocrinologicamente, y síntomas clínicos de la aproximan al comienzo de la menopausia; continuando por lo menos el primer año después de la menopausia. La duración de la perimenopausia es usualmente 2 a 5 años y ocurre a las edades de 48 a 52. En Taiwán la expectativa para la mujer en el 2001 fue de 78 años. Como un resultado, la mujer Taiwanesa como las mujeres de los países occidentales: Cerca de un Tercio de su vida activa ocurrió después de la experiencia de la menopausia.

Los años de Peri menopausia es un tiempo de educación y la perimenopausia es una señal del comienzo de un buen programa de salud. Sin embargo, la información de los niveles de conocimiento exactos de la mujer en la peri menopausia esta descendiendo.

Que es perimenopausia, que cambios corporales son dentro de un rango normal, como emprender un cuidado propio y los efectos colaterales de la (TRH). La meta de este presente estudio fue proveer información acerca del nivel del Cuestionario perimenopausico en la mujer Taiwanesa como una valiosa referencia para el descubrimiento de un programa de salud de la Peri menopausia.

#### Método

#### Metas

Las metas de este estudio fueron:

- Examinar el nivel de conocimiento de la perimenopausia entre la mediana edad de la mujer en Taiwán
- Evaluar la relación entre el nivel del conocimiento perimenopausico y los factores demográficos.
- Identificar que información de los proveedores de salud necesitan ofrecer a la mujer de mediana edad acerca de los cambios corporales asociados con la perimenopausia, el cuidado de la distorsión del manejo propio de la perimenopausia y el uso apropiado de la (TRH)

#### Diseño

El estudio fue una representación descriptiva usando cuestionarios para recolectar datos.

#### Escenario

Seis sitios para la colección de datos fueron seleccionados: Un hospital asociado a ginecología clínica, una tradicional clínica médica China y una comunidad vecina cerca de las clínicas, pero no relacionado entre ellos, en dos diferentes regiones del norte de Taiwán.

#### Muestra

Este estudio usado en 353 mujeres de edad mediana de seis sitios de la colección de datos - 2 centros médicos (2 sitios de clínicas de occidente y 2 sitios de tradicionales clínicas chinas) y dos comunidades vecinas del 2000 al 2001. Como u resultado, los participantes eran clientes de clínicas medicas o viviendo en comunidades vecinas en la área de Taipei. Los participantes atendidos en estas clínicas buscaban alivio para los síntomas

Perimenopausicos o eran residentes de la comunidad y solo reclutados para el estudio. Las mujeres tuvieron que seguir los siguientes criterios:

- 1) Rango de edad 40 a 50 años
- 2) Atenderse en clínicas para problemas perimenopausico o viviendo en comunidades vecinas cerca de un centro de salud.
- 3) Referencia con sus médicos, cuidado publico de salud o amigos
- 4) El gusto de participar en este estudio

Calcular el tamaño de la muestra para este estudio la ecuación fue usado en estimación al tamaño de la muestra es la desviación de la población estándar y "e" es el error de margen. Por que el desvió de la población fue desconocido, la desviación estándar de un estudio piloto por uno de los autores fue sustituido. En este estudio piloto, el significado de los puntajes de 61 mujeres de mediana edad fue 60.61  $\pm$  15.58 y el ( $\sigma$ ) fue estimado en ser 15. Para este estudio, el error de margen fue estimado en ser en 4 puntos del estudio piloto.

El tamaño de la muestra permitió para un  $\pm$  0.05 de margen de error en resultar 50 o más mujeres al ser reclutadas por cada 6 sitios de estudio. En orden para obtener un 80 % del porcentaje. El reclutamiento de 60 mujeres de cada sitio para un total de 360 que fue planeado.

#### Instrumento

El cuestionario del conocimiento perimenopausia (CCP) se concentra en el conocimiento básico de la mujer acerca de la Peri menopausia y relacionados con los problemas de la salud. Esta consiste de 27 principales artículos, además dividido en 126 subtítulos. Todos los CCP fueron descubiertos por un repaso de literatura y planeado por las experiencias científicas. Sin embargo, las preguntas relacionadas a las percepciones actitudes acerca de la Peri menopausia son indirectas mas que determinaciones directas del entendimiento de la perimenopausia.

Los artículos de CCP determinan 4 dimensiones mayores:

- 1) Percepción de la perimenopausia (8 principales artículos) incluido preguntas acerca del tramo de edad de la perimenopausia, edad de la menopausia, ya sea que la menstruación se detenga durante la Peri menopausia, sucesos de los problemas de salud durante la Peri menopausia, buscando ayuda de médicos con respecto al tratamiento y la multidimensionalidad de impacto tal como los bio-psicosocial en la mujer Perimenopausica.
- 2) Cuidado propio durante la Perimenopausica (10 principales artículos) incluido preguntas acerca de la incontinencia urinaria, sequedad vaginal y prevención de la osteoporosis y la infección del tracto urinario.
- 3) Preguntas del cambio corporal (1 articulo principal, 30 sub.-artículos) relacionados al normal cambio corporal directamente asociado con el decaimiento de los niveles de estrógeno durante la Perimenopausia.
- 4) TRH (8 principales artículos) preguntas enfocadas al TRH como reemplazo de el decaimiento del estrógeno y progesterona, a si mismo

TRH proveyó solo estrógeno, a si mujeres quienes tenían un útero toman progesterona, los benéficos y los efectos adversos del TRH, las contraindicaciones para el TRH, así tomando el TRH necesita prescripción medica.

El CCP las preguntas fueron diseñadas con tres opciones a responder: Verdadero (1), Falso (0) o desconocido (0). Falso y desconocido fueron tratados igualmente porque la opción a ambas respuestas asumía que los participantes deshacían el conocimiento de la Peri menopausia y necesitaban más educación de la salud, adicionalmente, acerca de este estudio permitió solo un opción para cada pregunta, no doble respuesta ocurrió.

9 expertos: 1 ginecólogo 2 medica de medicina China quienes son especializados en la salud de mujeres y fueron relacionados con la medicina occidental, 5 instructores de enfermería quienes enseñaron quienes enseñaron la salud de la mujer, y un asistente de profesor con especialidad en estadística. Examinó los artículos y debatieron con ellos los avances científicos para ayudar a establecer la validez satisfactoria de el CCP. En Adición, el CCP fue administrado a 61 mujeres como un estudio piloto para examinar la confiabilidad del CCP. La consistencia interna de la confiabilidad de los 4 dimensiones: Percepción de la Peri menopausia, cuidado propio de la Peri menopausia, cambios corporales y TRH, tuvo un coeficiente alfa de 0.77 0.89 , 0.80 y 0.92 respectivamente.

### Consideraciones éticas

Antes de la entrevista, la mujer fue informada de los nombres de los investigadores y del propósito y procedimiento del estudio. Aseguro la confiabilidad y protección de los participantes, todos los cuestionarios fueron codificados como números; los nombres de los participantes no fueron usados ni identificados. Un buen asistente de investigadores leyó las preguntas a cada participante y marco las respuestas en el cuestionario.

Consistencia entre asistente de investigación fue alcanzada antes que la colección datos empezara.

### Análisis de Datos

Los datos fueron analizados usando un paquete de estadísticas SPSS para Windows (versión Ingles 8.0 SPSS) datos demográficos fueron analizado usando descripción estadística tal como números, porcentaje, significados y categorías. Independientemente test o análisis de variantes (ANOVA) fue usada para saber el nivel de conocimiento y diferencias en la información demográfica.

## Descubrimientos

### Muestra demográfica

La muestra demográfica consistía de 353 mujeres de mediana edad 40 a 55 años (indicando una respuesta de porcentaje de 98,06 % )

Sin embargo, 7 mujeres fueron perdidas a consecuencia del cuestionario incompleto o abandono del estudio. Mas de la mitad (53%) de las mujeres fueron de 45 a 52 años y cerca del 88% de las mujeres estaban casadas, casi la mitad (48.2 %) de las mujeres fueron educadas a nivel primario o secundario, acerca del 57% de las mujeres eran trabajadoras, ligeramente mas del 77% de las mujeres eran perimenopausicas; sin embargo basados en los estudios de las menstruaciones de las participantes, solo el 37.7 % eran perimenopausicas.

### Conocimiento relacionado con la Peri menopausia

Todas las mujeres en este estudio, el nivel de conocimiento es asociado con la Peri menopausia fue de 58. 35 (basado en un máximo de 126 ).

Después de la recabacion del máximo puntaje de 100, el puntaje cambio a 46.3 el nivel de conocimiento fue un significativo relativo por un solo factor demográfico, el nivel de educación ( $p>000$ ) el mas alto nivel de educación, el más alto de todos las puntajes.

Asimismo, los otros dato demográficos, tal como la edad, estado marital, estado de menopausia y recursos de reclutamiento, no fueron significativamente relacionados con el nivel de conocimiento. La Categoría del recabamiento de puntajes de el mas alto al mas bajo fue ( 1 ) Cuidado propio durante la Peri menopausia (2) La percepción de la Peri menopausia (3) Conocimiento acerca del uso del TRH y (4) cambios corporales asociados con la Peri menopausia.

El recopilación de la puntuación para la dimensión del conocimiento del cuidado durante la Peri menopausia fue de 56.43. Las subcategorías para este tamaño consistieron en exámenes de rutina de pecho, y las estrategias para la prevención de la osteoporosis, infección del tracto urinario, apropiada dieta, ejercicio regular y el manejo de la calentura, sequedad vaginal e incontinencia urinaria. Mas del 72 % de las mujeres correctamente contestaron los artículos que “el ejercicio puede ayudar a prevenir la osteoporosis” y las disconformidades corporales no deberían ser soportadas durante la Peri menopausia. Mas del 96 % de mujeres percibió las disconformidades corporales, tales como calentura, menstruación irregular, y distribuidos sexuales , fueron anormales y requirieron una visita al medico, además, mas del 84 % de mujeres pensó que la Peri menopausia es una anomalía de la salud por la cual ellas deberían preguntar por ayuda medica, Sin embargo, menos del 70 % de las mujeres correctamente contestaron los artículos correspondientes al manejo de los síntomas de la Peri menopausia, tales como : calentura, sequedad vaginal, incontinencia urinaria y los temas respecto a la osteoporosis.

Para la dimensión del conocimiento de la percepción de la Peri menopausia, mas del 80 % de las mujeres correctamente contestaron que la típico rango de edad para los síntomas Perimenopausicos es de 45 a 55 años, sin embargo, mas del 80 % de las mujeres percibió el seguimiento de los artículos como una duración normal Perimenopausica : (1) Los ovarios no tienen función durante la Peri menopausia y (2) Las mujeres tienen problemas de salud durante la Peri menopausia.

La dimensión del conocimiento del TRH, mas del 43% de las mujeres sabia que el TRH no era una administración sola de estrógeno, acerca del 25 % Creía que el TRH debería ser tomado por el resto de sus vidas después de la menopausia, En contraste, menos del 1.4 % de las mujeres sabia que necesitaba una prescripción medica para el TRH, Tomando el TRH requiere seguir las ordenes con un control regular de exámenes del pecho y que el TRH refiere al reemplazo de ambos estrógenos y progesterona desde que ambas hormonas son deficientes durante la Peri menopausia.

La dimensión del conocimiento de los cambios corporales relacionados a la Peri menopausia, acerca del 91.5% de las mujeres percibió menstruaciones irregulares y cambios en el sangrado menstrual, como un cambio normal durante la Peri menopausia. Aproximadamente 53 a 75.6 % de las mujeres percibió cambios vasomotores, síntomas genitales y síntomas urinarios, tales como sequedad vaginal, transpiración la inestabilidad de la presión sanguínea, la incontinencia urinaria y la uretritis o cistitis, fueron cambios corporales normales, sin embargo, un gran porcentaje de mujeres (84.2 %) también percibió algunos síntomas psicológicos, tales como ansiedad, irritabilidad, depresión, impaciencia, sensación de fatiga, memoria frágil, inseguridad y incapacidad de concentración como síntomas normales relacionados a la Peri menopausia.

## Debate

Todo el recabamieto de la puntuación de 46.31 sobre el CCP para esta muestra de la mujer Taiwanesa Peri menopausia, indico que sus conocimientos relacionados a la Peri menopausia fueron inadecuados. Los descubrimientos eran similares previo al estudio que revelaron que la mujer necesita mas educación de la salud o tranquilidad e información digna de confianza que puedan manejar sus problemas menopausicos preocupaciones.

Para los datos demográficos, solo el nivel de educación fue significativamente relacionado al nivel del conocimiento de la Peri menopausia, mientras que la edad, el estado matrimonial, la percepción de la Peri menopausia, y los recursos de reclutamiento y la ocupación no lo fueron. Aparentemente, aunque la Peri menopausia es una experiencia universal de la mayoría, como esto es experimental y no universal, De otra perspectiva, los descubrimientos indican que los proveedores de la salud necesitan reconsiderar que informar sobre la Peri menopausia.

Ellos deben proveer al público, por que los medios de información algunas veces usan mucho la terminología y se concentran en orientar las enfermedades mas que en conocer el nivel de educación y de dirigir la necesidad educativa y las preocupaciones de la salud de la mujer. Como resultado, la necesidad de informar podría resultar en la mujer la sobre atribución de una anormal enfermedad o unos síntomas normales de la Peri menopausia.

La dimensión del cuidado durante la Peri menopausia, la mujer en un estudio común , pensaron que ellas deberían visitar a los médicos para encontrar métodos que alivien sus disconformidades corporales, incluso las típicas disconformidades Peri menopausia, tales como fluidos calientes, menstruación irregular, perturbación sexual, en Adición, mas del 84 % de las mujeres creyó que las mujeres que experimentan síntomas perimenopausicos tenían perturbaciones de la salud, sin embargo, mujeres relacionadas al estudio tenían bajas puntuaciones relacionadas con el cuidado de los síntomas perimenopausicos y la prevención de la osteoporosis. Los descubrimientos indicaron que este grupo de Taiwanesas dependían de médicos para ayudarlas a encontrar un alivio a sus disconformidades tenían un pequeño conocimiento acerca del manejo propio de estrategias y que la mujer moderna Taiwanesa podría tener los síntomas de la Peri menopausia esto es un tema crucial, las sugerencias de los descubrimientos son también muy similares a los de Coob (1990) quien encontró el engrandecimiento de la auto confianza. El descubrimiento también apoyo los de Clinking beard quienes recomendaron que los proveedores de salud deberían tener unas estrategias para la mujer de mediana edad para implementar su educación en la salud y la interacción con los proveedores del cuidado de la salud.

Mas del 80 % de mujeres creyeron incorrectamente que los ovarios no tenían función durante la Peri menopausia los ovarios todavía juegan un importante rol después de la Menopausia y pueden todavía producir andrógenos que mantengan los músculos con su consistencia, manejo sexual y la elasticidad vaginal. Algunos ginecólogos Taiwaneses piensan que deberían remover rutinariamente los ovarios de la mujer sobre los 40. Si ellos tienen que remover el útero de ellas y , además. Ellos creen que los ovarios son inservibles y problemáticos. además el estudio es necesario para resolver este debate.

Así que los proveedores de la salud pueden proveer congruentes puntos de vista acerca de la función de los ovarios y que el cuidado de la pos – menopausia es apropiado y consistente.

Sobre la dimensión del conocimiento acerca de TRH, unas pocas mujeres tuviera el correcto conocimiento acerca TRH, esto es, mujeres tomando TRH deberán tener un prescripción medica y una rutina de revisión de los bustos y exámenes uterinos son necesarios. Un pequeño porcentaje de TRH podría incrementar debido a que periódicos chinos reportaron, información y descubrimientos acerca del efecto del TRH. Un previo estudio perimenopausico encontró que las mujeres tenían miedo de los efectos potencialmente adversos de TRH, tales como cáncer y dudas de la seguridad de tomar TRH sugirió que los proveedores de la salud deberían darse cuenta de la eficacia en las mujeres

menopausicas, la eficacia se incrementa con el conocimiento de la mujer y el entendimiento de TRH, y con una referencia a la prescripción del TRH o de otros medicamentos para la mujer perimenopausica, los proveedores de la salud necesitan saber mas sobre la información que provee, esta ayudara a la mujer a poder controlar sus síntomas perimenopausicos.

Los estudios indican que mujeres usaban diferentes maneras de desentenderse de sus dificultades perimenopausicas basadas en valores individuales sin embargo, los resultados de este estudio sugieren que los proveedores de la Salud necesitan proveer mas y consistente información acerca del TRH para la mujer.

En Adición, encontrar un protocolo estándar para la administración del TRH, tal como enfatizar la importancia de una rutina continua de chequeos continuos y instituir un profesor de la salud antes que una prescripción de TRH, esto podría ayudar a poder mantener su salud y asegurándose que ellas estén saludables y usando el TRH apropiadamente, adicionalmente proveniente información sobre el manejo propio y un tratamiento alternativo para los síntomas Perimenopausico esto podría ayudar a la mujer en cooperar mas efectivamente.

Encontró que la mujer perimenopausica quiere saber que sus experiencias forman parte del rango de la normal o anormal. En el estudio normal, la mujer con el puntaje mas bajo en conocimiento acerca de los cambio corporales, esta directamente asociado con la declinación del estrógeno durante la perimenopausia, también como los anormales síntomas y signos para la cual una mujer debería encontrar tratamiento medico.

Un estudio de 160 65 mujeres de mediana edad mostró que tenían malestares sicológicos, tales como sentimientos tensos, depresión e inestabilidad son asociados con los periodos irregulares en la mediana edad, y que podrían ser influenciados por la socioeconomía y los factores culturales.

En el estudio común mas del 84 % de mujeres tuvieron cambios sicológicos, tales como ansiedad, irritabilidad, depresión o cambios del animo. En general, desde que la mujer perimenopausica siente la Peri menopausia como un proceso normal, las mujeres consideran sus “emociones libres” durante esta etapa, como algo normal.

Pocos estudio han sido conducidos como la mediana edad de la mujer rivaliza con sus cambios sicológicos durante la Peri menopausia.

Mas Investigaciones son necesarias para determinar si tales cambios sicológicos y las “libres emociones” son normales en la Peri menopausia, si estas son temporales o necesitan una mínima atención, o si tales cambios son mas serios, sin relación alguna con la Peri menopausia, y en conclusión requiere que profesionales de la salud pongan mas atención en los cambios mentales durante la Peri menopausia.

El resultado de este estudio provee no solo la descripción del conocimiento perimenopausico para la mujer de mediana edad de Taiwán , pero solo se sugiere seguir:

- 1) Los proveedores de la salud necesitan restaurar la confianza de un programa de educación de la salud acerca de la perimenopausia. Cuando se trabaja con mujeres perimenopausica los proveedores de la salud necesitan saber su nivel de educación de la mujer, y enseñarle de acuerdo a estos datos, como manejar sus síntomas perimenopausicos y las experiencias de la mujer debe tener fuerza para practicar un comportamiento saludable para cuidarse ellas mismas apropiadamente.
- 2) La información de la salud proveída por la mujer perimenopausica no debería ser muy “medicalizada” cuando se describe modalidades para aliviar las molestias perimenopausicas y sus síntomas. además la mujer debería saber que los cambios corporales son normales y/o anormales en el orden de encontrar y recibir el apropiado cuidado de la salud.
- 3) Peri menopausia es un proceso natural, no una enfermedad, no todas las mujeres dan cuenta de que necesitan ayuda medica, además, la información acerca la peri menopausia debería ser proveída en lugares donde la mujer popularmente regularmente accede, tales como supermercados y salones de belleza y no solo en hospitales o en departamentos de salud.
- 4) Un consistente protocolo y un programa de educación relacionada a la Peri menopausia necesita ser descubierta y proveerla a la mujer amigablemente.

#### Limitaciones del estudio

Este estudio es limitado a las 353 mujeres taiwanesas que viven al norte del Taiwán, debe ser generalizado para la mujer Taiwanesa con Peri menopausia, la replicación de este estudio con una cantidad de una muestra sistemática de la mujer Perimenopausica es recomendada, en adición, desde que este estudio fuera representado, usando una convincente muestra, una investigación longitudinal diseñada por una casual muestra son recomendadas para futuras investigaciones generar mas entendimiento del conocimiento acerca los cambios asociados con la Peri menopausia para todos las mujeres adultas en Taiwán.

#### Conclusiones

- Aun cuando muchas mujeres experimentan la peri menopausia corporal y síntomas podría variar por individuo, además, aun cuando el estudio podría revelar que la mujer quiere saber y encontrar un alivio para las molestias de la perimenopausia. Este estudio que enfatiza el conocimiento de la peri menopausia, encontró que la mayoría de las mujeres en el estudio poseía un conocimiento insuficiente para manejar los síntomas asociados con la peri menopausia.

- El conocimiento psicológico y cambios somático es un importante problema.
- Los descubrimientos sugieren que adquiriendo la correcta información de los proveedores de la salud es el primer paso para ayudar a entender los cambios normales de la mujer perimenopausica, subsecuentemente manejar los síntomas perimenopausicos correctamente y apropiadamente.

#### Reconocimiento

- Apreciación sincera es extendida a las mujeres que participan en el estudio, a Gang Gun Hospital por permitir continuar la colección de datos y al consulado nacional de ciencia en Taiwán por consolidar este estudio.

