

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

TESIS

ESTILOS DE VIDA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL
CLIMATERIO. DISTRITO CAJAMARCA, 2012.

Para optar el Grado de
DOCTOR EN CIENCIAS

Presentada por:

Quispe Oliva, Julia Elizabeth

Asesora:

Castañeda Abanto, Doris Teresa

Cajamarca, Perú

Mayo 2014

COPYRIGHT © 2014 by
Julia Elizabeth Quispe Oliva
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



DOCTORADO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

TESIS APROBADA:

ESTILOS DE VIDA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL
CLIMATERIO. DISTRITO CAJAMARCA, 2012.

Para optar el Grado de
DOCTOR EN CIENCIAS

Presentada por:
Quispe Oliva, Julia Elizabeth

Comité Científico:

Dra. Raquel Huamán Vidaurre
Presidente del Comité

Dra. Rosa E. Carranza Paz
Primer Miembro Titular

Dra. Silvia I. Sánchez Mercado
Segundo Miembro Titular

Dra. Doris Castañeda Abanto
Asesora

Fecha: Mayo 2014

A:

A Dios por su infinito amor,

A la memoria de mi madre.

A mi esposo: César Roberto

A mis hijos: José Roberto

Helen Carolyn y Cesitar R.

CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I	4
1 MARCO EMPIRICO Y TELEOLOGICO	4
	4
1.1. El Planteamiento del problema de investigación	4
1.2. Formulación del problema.	7
1.3. Objetivos	7
1.4. Justificación e Importancia	8
1.5. Limitaciones de la investigación	10
HIPOTESIS Y OPERACIONALIZACION	10
CAPITULO II	
2 MARCO TEORICO	12
2.1. Bases epistemológicas del problema de Investigación	14
2.2. Fundamentos teóricos específicos referidos a la investigación objeto de estudio	14
2.2.1. Antecedentes de la Investigación	14
2.2.2. Teorías en ciencias de la salud que sustentan al problema de investigación.	19
2.2.3. Desarrollo teórico-reflexivo de las variables principales del problema de investigación.	62
CAPITULO III	
3 DISEÑO METODOLOGICO	65
1.6. Diseño de la Investigación	66
1.7. Técnicas e Instrumentos	66
1.8. Universo y Muestra.	
1.9. Unidad de Análisis	66

CAPITULO IV

4	ANALISIS DE RESULTADOS	67
4.1.	Análisis descriptivo	67
	CONCLUSIONES	100
	SUGERENCIAS	103
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
	ANEXOS	116

Se agradece por su contribución para el desarrollo de la tesis a:

A los docentes de la Escuela de Post Grado de la
Universidad Nacional de Cajamarca
por compartir sus conocimientos y experiencias
y estimular el crecimiento y desarrollo personal.

A la Doctora Doris Castañeda Abanto
por su incondicional apoyo.

A mis compañeros de estudio, por su amistad,
compañerismo, solidaridad, confianza.
Valores que guardaré por siempre.

LISTA DE TABLAS

1. Caracterización Socio Demográfica de las Usuarias del Puesto de Salud La Tullpuna y Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Tabla 1. Distribución Numérica y porcentual de las edades, por rangos, según procedencia de las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 2. Promedios y Desviaciones típicas de la variable edad de las mujeres entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 3. Distribución numérica y Porcentual del lugar de residencia de las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 4. Distribución numérica y Porcentual del estado civil de las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 5. Distribución Numérica y porcentual del grado de Instrucción de las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 6. Distribución Numérica y porcentual del Tipo de Ocupación de las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 7. Distribución numérica y porcentual del número de hijos de las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 8. Distribución numérica y porcentual del tipo de religión de las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

2. Caracterización por manifestaciones Clínicas de la Menopausia de las Entrevistadas Usuarias del Puesto de Salud la Tullpuna y Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Tabla 9. Manifestaciones clínicas de la Menopausia en las entrevistas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 10. Distribución de las Manifestaciones clínicas de la Menopausia, según dimensiones y zona de procedencia en las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 11. Distribución Numérica y Porcentual de los Estilos de Vida, según procedencia de las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

Tabla 12. Estilos de vida según dimensiones y zona de procedencia de las entrevistadas en la ciudad de Cajamarca.

Tabla 13. Estilo de Vida y su relación con los síntomas de la menopausia, en las entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.

RESUMEN

El presente estudio corresponde a una investigación no experimental, de corte transversal de tipo descriptivo y correlacional que tuvo por finalidad determinar y analizar los estilos de vida y su relación con las manifestaciones clínicas del climaterio en dos grupos de mujeres en edades peris menopáusicas.

Se tomó en cuenta la Escala de Estilos de Vida, propuesto por Nola Pender, así como el cuestionario de elaboración propia para caracterizar, determinar y valorar las manifestaciones clínicas de la menopausia.

Los resultados muestran que las mujeres del estudio se caracterizaron por estar comprendidas entre 35 a 55 años, procedentes de la zona urbana en un 122% y 38% de la zona rural, casadas en 44.4% mayoría y 1.9% viudas, con educación superior completa el 83% e iletrada 11.9%, profesional en actividad 50.6% y trabajadora del hogar 0.6%. El 41.3% con 3 a 5 hijos, y sólo el 1.9% con más de 12 hijos, el 75.6% profesa la religión católica y el 24.4% evangélica. En esta población, los síntomas clínicos de la menopausia intensos se presentaron en un 4.4%, moderados en un 62.5% y leve 33.1%. Destacándose la dimensión psicológica con un nivel alto con un 50% y la dimensión física con síntomas moderados con un 50%. De igual forma los estilos de vida regularmente saludable predomina con un 63.8%.

La investigación encontró que existe relación entre los estilos de vida y las manifestaciones clínicas de la menopausia.

Palabras clave: Estilos de vida, manifestaciones clínicas de la menopausia.

ABSTRACT

This study corresponds to a non-experimental research, cross-sectional and correlational descriptive and was aimed at identifying and analyzing the lifestyles and their relationship to clinical manifestations of menopause in two groups of women in perimenopausal age: Teachers National University of Cajamarca and women who come to the health post the Tullpuna Cajamarca.

This was taken into account Scale Lifestyle proposed by Nola Pender and Questionnaire Prepared to characterize and determine and evaluate the clinical manifestations of menopause, the same as were applied to a total of 160 women perimenopausal age, into two groups of 80, respectively.

The results show that women in the study were characterized by being between 35 to 55 years, from the urban area by 122 % and 38 % in rural areas, 44.4 % in most Married and 1.9 % widowed, with complete higher education 83% and 11.9 % illiterate, 50.6 % Professional activity and working from home 0.6 % , 41.3 % with 3-5 children, and only 1.9 % with more than 12 children, 75.6% are Catholics and 24.4 % evangelical. In this population the clinical symptoms of menopause Intense occurred in 4.4%, Moderates 62.5 % and a 33.1 % mild. Towering Psychological dimension to a high standard with 50% and the physical dimension with moderate symptoms with 50%. Similarly styles Regularly healthy life predominates with 63.8 %. To conclude this paper by stating that there is a relationship between lifestyle and clinical manifestations of menopause.

Keywords: Lifestyle, Clinical manifestations of menopause.

INTRODUCCIÓN

La expectativa de vida de las mujeres se ha incrementado notablemente, de tal forma que, al llegar la menopausia la mujer tenga aún por vivir más de un tercio de su vida. Esta nueva etapa comienza con el fin de la menstruación y trae consigo ciertos cambios físicos y psicológicos que se relacionan con la historia de vida de cada mujer.

Actualmente se considera que el 95% de las mujeres de los países desarrollados pasan por la etapa del climaterio. En virtud de los logros alcanzados en la salud pública, es de esperar que cerca de 4 millones de mujeres alcance la edad de la menopausia Organización Mundial de Salud (1991)¹

La menopausia es un proceso normal en el envejecimiento femenino. Es una etapa más en la vida de la mujer que representa la pérdida de la capacidad reproductiva. Generalmente se percibe como una serie de fenómenos inevitables que se aceptan con resignación, los ovarios van sufriendo transformaciones hasta llegar al total agotamiento folicular, siendo ésta la causa de las manifestaciones clínicas física y psicológica. Algunas mujeres no manifiestan síntomas o sólo unos pocos. Otras tienen síntomas perturbadores, incluso severos e incapacitantes que logran hacerse notar durante varios meses y hasta años antes del último período menstrual, e incluso pueden continuar varios años después de la menopausia.

La edad de aparición de la menopausia varía en cada mujer, ésta puede verse afectada por la raza, el lugar de residencia, hábitos alimenticios y estilos de vida. Por ser dos poblaciones de estudio diferentes se relacionó los múltiples estilos de vida de cada mujer con las diferencias en las manifestaciones clínicas de la menopausia para poder determinar y recomendar los estilos de vida más adecuados que puedan minimizar las diferentes manifestaciones clínicas.

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la asociación entre estilos de vida y las manifestaciones clínicas del climaterio en mujeres del Distrito de Cajamarca 2012, donde se identificaron y analizaron los estilos de vida, se tipificaron y caracterizaron las manifestaciones clínicas y se estableció la relación entre estilos de vida y manifestaciones clínicas del climaterio y se compararon los estilos de vida con las manifestaciones clínicas del climaterio en las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca y de las usuarias climatéricas que acuden al Puesto de Salud la Tullpuna, Cajamarca.

La presente investigación es de diseño no experimental descriptiva y corte transversal, con método comparativo analítico- sistémico.

Al culminar la investigación se encontró que existe relación entre los estilos de vida y las manifestaciones clínicas de la menopausia por haber arrojado el índice estadístico de χ^2 mayor a 0.005. Así como los estilos de vida de las mujeres entrevistadas son poco saludables y estas presentan manifestaciones clínicas leves en un bajo porcentaje.

Estructuralmente el presente trabajo de investigación consta de cuatro capítulos:

El **Primer Capítulo**, presenta la definición, delimitación, justificación y formulación del problema de investigación, así como los objetivos, hipótesis y operacionalización de variables que hacen referencia a las manifestaciones clínicas de la menopausia y su relación con los estilos de vida.

En el **Segundo Capítulo**, se describen los antecedentes y teorías relacionadas con el tema.

En el **Tercer Capítulo**, se muestra la metodología utilizada en la ejecución del presente estudios

En el **Cuarto Capítulo** se presenta los resultados encontrados, análisis e interpretación de los mismos. Finalmente se detallan las conclusiones, sugerencias y anexos.

Las conclusiones del presente trabajo de investigación, podrán servir para motivar la participación e intervención de sectores interesados en incorporar en sus áreas de trabajo estrategias de promoción y educación para la salud que contribuyan al bienestar y la calidad de vida de la población menopáusica, por ende familiar.

Del mismo modo servirá de base en la prevención de conductas negativas en la mujer en etapa de climaterio y en futuras investigaciones se amplíen los conocimientos. Así mismo, el presente estudio está sujeto a sugerencias con la finalidad de enriquecer la investigación.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema de Investigación

El estilo de vida es la forma individual en la que cada persona interactúa con la naturaleza, la manera como siente, piensa; es el conjunto de hábitos que se manifiestan en forma individual y colectiva, por lo que existen prácticas en cada individuo que favorecen su salud y que éstos deben ser promovidos con el fin de que cada persona mejore su calidad de vida.

Desde una perspectiva integral es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende los aspectos interrelacionados como lo social, material e ideológico.

Lopategui, C. (2000)² refiere, que los estilos de vida son determinados por la presencia de factores protectores que deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. La vida se encuentra constantemente bajo la influencia de riesgos y circunstancias que pueden poner en peligro el estado de bienestar general. Entre estos factores se encuentran las condiciones genéticas hereditarias, el ambiente bioecológico y psicosocial donde se encuentran inmersos los individuos, el cuidado diario para la salud que posee la persona y los estilos de vida o hábitos.

Pender, N. (1987)³ señala, que el hecho de abogar por la salud debe aumentar la probabilidad de que las personas apoyen las prácticas de salud positivas y las conviertan en una norma social capaz de implementar estrategias de promoción de la salud. Afirma además que promoción y protección de la salud son como una fuerza de comportamiento, complementario de los estilos de vida y propone un Modelo de Promoción de la Salud, donde explica que las conductas y comportamientos son una expresión de tendencia de la estabilidad humana dirigida al cuidado individual, por lo que plantea como finalidad fomentar conductas promotoras que prevengan daños para la salud.

Existe un conjunto de necesidades específicas de las mujeres que merece atención especial, la población femenina difiere fisiológicamente del varón y esas diferencias implican la presencia de condiciones, enfermedades o factores que son exclusivos del sexo femenino o que afectan más a las mujeres. También existen necesidades provenientes de las diferencias

socioeconómicas que originan asimetrías de género, en la exposición a riesgos para la salud, así como para las oportunidades de acceso y control sobre los recursos necesarios para la acción Torres, R. (2003)⁴

El climaterio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2009) como el periodo donde empiezan los característicos cambios endocrinológicos, biológicos y clínicos. Es el periodo en que la mayoría de mujeres presentan diferentes manifestaciones clínicas como cambios vasomotores, tales como: bochornos, transpiraciones, palpitaciones estando esta sintomatología relacionada directamente con el acercamiento a la menopausia, que en muchos de los casos afecta sus labores cotidianas e incluso su vida sexual. Llanos (2004)⁵

Pacheco (2007)⁶ Menopausia es el término médico que designa la fecha de la última menstruación en la vida de la mujer, es una parte del proceso natural del envejecimiento debido a la menor producción de hormonas, estrógenos y progesterona hecho que acompaña la pérdida de la capacidad de reproducción.

Los cambios que conducen al cese de la función menstrual y al reajuste metabólico duran varios años, la edad promedio donde ocurre la menopausia es de 50 años, Se considera a una mujer menopáusica, cuando no ha tenido menstruación durante un año, sin embarazo y sin enfermedad concomitante que cause su ausencia.

La experiencia de la menopausia es diferente para cada mujer y entre mujeres de diferentes culturas o diversas procedencias, ellas viven la menopausia según sus factores hereditarios, estilos de vida, medio social y actitudes culturales. (Pacheco, J. 2007)⁶

Algunas mujeres tienen pocos o ningún síntoma perturbador durante este periodo, otras tienen síntomas severos e incapacitantes, los cuales se pueden manifestar durante varios meses y hasta años antes y después de la menopausia. La dieta, el ejercicio y los cambios en el estilo de vida pueden reducir los síntomas y las complicaciones de la menopausia.

Se ha descrito que algunos factores ambientales, biomédicos y sociodemográficos afectan la función ovárica e influyen en la edad de presentación de la menopausia natural y en la manifestación de las principales complicaciones.

Sin embargo, se ha demostrado que la sintomatología propia del climaterio y la menopausia no son experiencias similares universales, sino que están condicionadas a factores socio culturales. Por estos motivos, el climaterio y la menopausia no pueden considerarse como fenómenos aislados (Dawood, Y. 2007)⁷

Las mujeres Peruanas no están exentas de estas generalidades y por ende las mujeres Cajamarquinas en donde en un mismo distrito existen diferentes estilos de vida tanto en la mujer climatérica docente universitaria como en la mujer climatérica que asiste al puesto de Salud del sector demográfico La Tullpuna del distrito de Cajamarca.

En las mujeres climatéricas que pertenecen al mismo grupo etario, con diferentes características sociales, diferentes estilos de vida unas presentan manifestaciones clínicas del climaterio más intensas que en otras al punto de que muchas veces pasan desapercibidas y otras refieren malestares permanentes y hasta incapacitantes,

Las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca no son ajenas a este proceso porque de una población femenina total de 102 docentes nombradas 99 se encuentra en edad mayor a 35 años, edad en la que empiezan a manifestarse los primeros síntomas de la peri menopausia, el otro grupo estará conformado por el mismo número de mujeres sintomáticas o no que acuden al Puesto de Salud la Tullpuna.

1.2. Formulación del problema.

El problema de investigación que da origen al presente estudio formula la siguiente interrogante:

¿De qué manera se asocian los estilos de vida con las manifestaciones clínicas del climaterio de las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca y de las usuarias del Puesto de Salud la Tullpuna Cajamarca, 2012?

1.3. Objetivos

General

Determinar la asociación entre estilos de vida y las manifestaciones clínicas del climaterio en docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca y de las usuarias del Puesto de salud la Tullpuna Cajamarca, 2012?

Específicos

- Identificar y analizar los estilos de vida de las mujeres en estudio.
- Tipificar y caracterizar las manifestaciones clínicas de las mujeres en estudio.
- Establecer la relación entre estilos de vida y manifestaciones clínicas de las mujeres en estudio.

1.4. Justificación e importancia

El climaterio es conocido como el periodo durante el cual se produce una serie de cambios importantes en el organismo de todas las mujeres; es aquí donde el cuerpo pasa por una significativa transición que cada mujer experimenta de forma diferente, algunas advierten únicamente el cese de la menstruación, pero la mayoría siente diversos síntomas provocados tanto por la disminución de hormonas sexuales así como también por factores psicológicos, sociales, y culturales, por lo tanto, los cambios producidos no sólo afectan a la mujer climatérica sino también a su entorno familiar y social.

Dentro de este contexto se identifica a la mujer, como el espejo que refleja creencias, conocimientos y actitudes, definiendo el estilo de vida de la familia y convirtiéndose en la intermediaria del proceso de promoción y prevención de la salud para sus hijos (Berríos y Jadue. 1994)⁸.

Asimismo, es posible identificar factores de riesgo en las mujeres menopaúsicas, muchos de ellos relacionados con la forma de vida que ellas adoptan y que pueden llevar a serias complicaciones que comprometen la vida. (Berríos y Jadue. 1994)⁸

El climaterio es una etapa biológica de transición en la vida de la mujer que delimita el paso de la vida reproductiva a la senectud, siendo su instauración progresiva y su duración variable. Es un acontecimiento que afecta a todas las mujeres y que no se asocia a la génesis directa de ninguna patología. La OMS 2009 la sitúa entre los 40-64 años de edad.

En el Perú existen aproximadamente 2 millones de mujeres que se encuentran en el climaterio, comprendido entre los 45 y 64 años de edad mientras que en América Latina las estadísticas revelan que 37 millones de mujeres atraviesan esta etapa clínica, cifra que representa alrededor del 8 % de la población total (Sociedad Peruana de Climaterio 2007)⁹

El distrito de Cajamarca cuenta con un número significativo de mujeres en esta etapa, si bien no tiene un registro confirmado de todas ellas tanto de la zona urbana como de la zona rural, es bien sabido que ninguna mujer es ajena a este periodo de cambio; no obstante, se observa que las mujeres de la zona rural y urbano marginal cuentan con menos información acerca del climaterio en comparación con las mujeres de la zona urbana y probablemente debido a ello es que no manifiestan sus molestias, tal como sí lo hacen aquellas.

El concepto de salud de la mujer no es estable pues este se ve modificado de acuerdo a factores biológicos, medioambientales socioculturales y simbólicos, cuando uno de estos elementos se modifica los demás también se alteran en busca de un nuevo equilibrio, este cambio es transitorio o de inicio de una nueva etapa en la continua migración del ser humano. Siendo éste el que puede responder de diferente forma ante el mismo estímulo de acuerdo a sus propias características. Es el caso de la mujer climatérica que siendo la menopausia igual para todas, éstas responden en diferente forma. (Subirats, J. 2005)¹⁰

Sin embargo, en ningún caso las mujeres deben ver el climaterio como una enfermedad, sino como una etapa más de la vida en la que pueden desarrollarse tanto en la sociedad como dentro del núcleo familiar. (Forero, E. 2008)¹¹

Desde el punto de vista práctico esta investigación es valiosa por cuanto las mujeres cumplen edad sin importar su actividad física y laboral y llegan a la menopausia aún sin desearlo, y con ello llegan las manifestaciones inherentes y sus posibles complicaciones.

El estudio permitió conocer cómo son practicados los estilos de vida por las mujeres menopaúsicas y si estos tienen relación directa o inversa con las manifestaciones clínicas. Los hallazgos, también serán referenciales para los servicios de salud de la mujer, recalcando la importancia de adoptar conductas promotoras saludables, traducidas en autocuidado de su salud física y mental, que contribuyan a mejorar la transición de la menopausia, disminuyendo las complicaciones molestas y hasta incapacitantes.

1.5. Limitaciones de la investigación

La principal limitación de la investigación radica en que en sólo se abordó un determinado momento del climaterio sin tener en cuenta aspectos como el rol que desempeña la mujer al momento de ser entrevistada y la situación de salud que estuvo atravesando al tomar la información, del mismo modo la reserva personal al indagar sobre a sintomatología personal.

1.6. Hipótesis Y Operacionalización

Hipótesis:

Existe relación entre los estilos de vida y las manifestaciones clínicas del climaterio en docentes universitarias y mujeres que acuden al Puesto de Salud la Tullpuna Cajamarca, 2012.

Operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores

VARIABLES	SUBVARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA	
Variable Independiente: Estilos de vida	Factores psicológicos	Autorrealización	Satisfacción por crecimiento personal	Alto Medio Bajo	Nominal	
		Responsabilidad en salud	Actividades para mantener o promover la máxima salud	Alto Medio Bajo	Nominal	
		Manejo de estrés	Grado de percepción del control de los factores estresantes	Bueno Regular Malo	Nominal	
	Factores físicos	Ejercicio Físico	Intensidad de esfuerzo corporal	Bastante Poco Ninguna	Nominal	
		Nutrición	Práctica adecuada de consumo de nutrientes	Adecuado Regular Malo	Nominal	
	Factores sociales	Apoyo interpersonal	Expresión afectiva hacia si misma y los demás	Bueno Regular Malo	Nominal	
	Variable Dependiente Manifestaciones clínicas de la menopausia	Factores físicos	Bochorno	Aumento de la percepción de calor	Nunca A veces Frecuentemente	Nominal
			Determinación del peso corporal	Cantidad que por ley o convenio debe pesar	Aumentó Disminuyó	Nominal
			Menopausia	Cese permanente de la menstruación	Menstrúa No menstrua	Nominal
Dispareunia			Relación coital dolorosa	Relación coital dolorosa Relación coital no dolorosa	Nominal	
Sueño			Estado de reposo contrario a la vigilia	Normal Alterado Insomnio	Nominal	
Vulvovaginitis			Inflamación de la vulva y vagina	Presencia Ausencia	Nominal	
Cambios en la piel			Cambios en la cubierta externa del cuerpo	Normal Seca Grasosa	Nominal	
Edad de la menopausia			Edad en que la mujer deja de menstruar	35-44 años 45-49 años 50-54 años 55-mas	Ordinal	
Sudoraciones Nocturnas			Líquido secretado por las glándulas sudoríparas en la noche	Nunca A veces Frecuentemente	Nominal	
Factores psicológicos			Olvidos	Circunstancias de no recordar	Nunca A veces Frecuentemente	Nominal
		Libido	Deseo o impulso sexual	Aumentada Disminuida	Nominal	

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Bases epistemológicas del problema de Investigación

La presente investigación tiene base en la corriente filosófica del positivismo, la que afirma que el único conocimiento auténtico es el científico y solamente puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico.

Por la naturaleza del tema de investigación se eligió el paradigma positivista porque interesa comparar dos grupos poblacionales. Se buscó cuantificar la práctica de estilos de vida a través de 48 indicadores y relacionarlos con once manifestaciones clínicas más comunes de la población climatérica porque éstas se pueden medir empíricamente.

Se investigó el conocimiento de la existencia o no de la relación directa entre los estilos de vida y las manifestaciones clínicas del climaterio de las docentes universitarias y de las mujeres que acuden al Puesto de Salud la Tullpuna Cajamarca, se usó la forma inductiva, dejando atrás la creación de teorías a partir de principios que no han sido percibidos objetivamente.

En el positivismo prima fundamentalmente las pruebas documentadas, por lo que, se elaboró una ficha individual en la que se consignó los datos personales de cada mujer para luego analizar sus contenidos, por lo que no se generalizó las interpretaciones generales.

La investigación parte del supuesto empírico que los diferentes estilos de vida de las mujeres, por ser procedentes de diferentes lugares, algunas practican ejercicio otras no, algunas tienen buen manejo del estrés, practican el autocuidado y tienen conocimiento de los beneficios de una buena alimentación, mientras que el otro grupo sólo tienen una vida más simple y sin mayor conocimiento y complicaciones. Por lo que la propuesta de esta investigación de alguna forma empírica se realizó para comprender el fenómeno social de la estructura y el cambio fisiológico de la mujer climatérica.

Por ser el positivismo la corriente que toma las propuestas más destacadas en la investigación empírica y se basa en el modelo positivista por partir de un conocimiento pasivo, las manifestaciones clínicas de la menopausia, pues éstas parten de observaciones sensoriales directas, es la razón o la lógica la que explica la sintomatología por los cambios hormonales. Trata en lo posible que haya claridad entre los estilos de vida y las manifestaciones clínicas del climaterio y cómo incide lo primero en lo segundo.

De otra parte se desarrolló objetivamente, como única forma de conocimiento, pues se realizó una medición exhaustiva y controlada de cada una de las variables intentando encontrar la verdad en todo momento.

También es positivista ya que se establece una relación de causa y efecto entre las dos variables: estilos de vida y manifestaciones clínicas, en donde el investigador las estudia sin involucrarse.

De igual forma el paradigma positivista se evidencia cuando se pretende, de hecho presentar los resultados en tablas y cuadros estadísticos que van a permitir hacer inferencias claras y precisas de los hechos, estableciendo leyes basadas en datos sólidos y repetibles ya que el estudio se realizó teniendo en cuenta un número considerable de mujeres en etapa climaterica, asumiendo que existe una relación significativa entre los estilos de vida y las manifestaciones clínicas del climaterio.

Como investigación positivista el presente estudio buscó hechos sin involucramiento del estado subjetivo de la investigadora.

La presente investigación al ser de enfoque positivista no admite como científicos otros conocimientos, sino los que proceden de la experiencia, rechazando, por tanto, toda noción a priori y todo concepto universal y absoluto; en consecuencia los hallazgos podrán servir para apoyar a la ciencia en la forma de cómo los estilos de vida pueden tener o no repercusión en las manifestaciones clínicas del climaterio.

2.2. Fundamentos teóricos específicos referidos a la investigación objeto de estudio

2.2.1. Antecedentes de la investigación

A. Nivel Internacional:

Pelcastre y col. México (2001)¹² en el artículo **“Menopausia representaciones sociales y prácticas”** un estudio cualitativo, de mujeres de entre 45 y 65 años, encontraron que la representación que se construye alrededor de la menopausia es en términos de cese de la fertilidad y entrada al envejecimiento. Esta caracterización tiene que ver también con otras construcciones como la concepción de la mujer, del cuerpo y de la sexualidad. En la investigación se retoman principalmente los resultados con relación a las prácticas de las mujeres como consecuencia de la vivencia que tienen de la menopausia, entre las que sobresale la visita al médico. Se discuten las implicaciones desde el marco de la construcción social de los significados.

García, V. y Maestre, P. Cuba (2010)¹³ en el estudio **“Caracterización de la Mujer en la Etapa del Climaterio”** tuvo como objetivo conocer algunos aspectos del proceso del climaterio y la menopausia como: edad de la aparición de ésta y su posible relación con la edad de la menarquia, número de hijos, tiempo de fumadoras, escolaridad, ocupación, estado conyugal de las pacientes, en las mujeres comprendidas entre los 40 a 59 años de edad. Concluyeron que la edad promedio de aparición de la menopausia en estas pacientes fue de 47,7 años y que no guardó relación con la menarquia ni el número de hijos ni el tiempo de fumadoras, así como que la mayoría de las pacientes trabajaban, tenían nivel medio de escolaridad y el mayor porcentaje mantenía parejas estables.

Souza M. Revista de la Facultad de Medicina UNAN (2009)¹⁴ en el artículo **“Menopausia y Comorbilidad Psiquiátrica”** explica cómo el síndrome climatérico depende del grado y tiempo de la hipofunción ovárica que se inicia con sintomatología neurovegetativa, a la que siguen cambios metabólicos en los órganos estrógeno receptores (aparato urogenital, piel, metabolismo de lípidos, estructura ósea, etc.) los cuales afectan emocionalmente a la mujer, al sistema familiar (dinámica de pareja) y a la sociedad. Propone que la preocupación profesional se debe enfocar al fenómeno de la calidad de vida vía auto actualización y autorrealización personal.

Ramírez H. Chile. (2002)¹⁵ en su estudio titulado **“Acondicionamiento físico y estilos de vida”**, encontró que la actividad física traducida como acondicionamiento físico debe ser parte de los Estilos de Vida Saludables y juega un papel importante en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Para que se obtengan los beneficios del ejercicio físico debe hacerse diariamente, por lo menos durante 30 minutos que pueden ser continuos o en intervalos. Es importante que el ejercicio físico se maneje como un medicamento; por tanto, en lo posible lo debe prescribir un médico especialista en ejercicio.

Vega G. México (2010)¹⁶ en el estudio titulado: **“Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas”** determinó que de las entrevistadas, 67% refirieron algún síntoma relacionado con el climaterio. Los factores negativos que se asociaron al climaterio fueron: pareja disfuncional, baja autoestima, actitud negativa, frente al climaterio, Los síntomas más frecuentes fueron: fatiga (69%), bochornos (67%), piel seca (47%), cefalea (46%), irritabilidad (43%), insomnio (39%), ansiedad (39%), disminución de la libido (36%), depresión (34%), pérdida de la concentración y/o memoria (30%), artralgias (29%), resequedad vaginal (24%). *Conclusiones:* El entorno familiar, conyugal y una predisposición negativa ante la menopausia favorecen la presentación de síntomas climatéricos, por lo que es importante un manejo integral e interdisciplinario para el manejo del climaterio.

Ubeda M. Varela G. España (2007)¹⁷ en su estudio titulado **“Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas”** encontraron que la dieta es equivalente a la dieta media de la población española, con consumo óptimo de pescado y mariscos pero no de legumbres y cereales, destacando los productos lácteos, que son consumidos en mayor cantidad. La ingesta energética de proteínas y de colesterol es elevada, así como de la mayoría de vitaminas y minerales. La ingestas deficitarias moderadas para el ácido fólico y vitamina D. Las mujeres de mayor edad (> 60 años) consumen menos alimentos del grupo de lípidos y colesterol y vitamina D. Un IMC elevado (IMC > 25 61% de la población) está asociado con un mayor consumo de carnes, pescados y huevos y, por tanto, de energía.

Una dieta más adecuada está asociada a un estilo de vida más saludable (no fumar, practicar ejercicio físico) y la ingesta de alimentos fortificados (52,7% de la muestra total) y suplementos vitamínicos y minerales (22,8% de la muestra total), aun cuando el aporte de los micronutrientes es suficiente a través de la dieta habitual.

Gómez C. Carmi K. Espinosa F. Sepúlveda S. López F. Universidad de Santiago Chile (2010)¹⁸ en su trabajo **“Conocimientos que vienen sobre el Climaterio Mujeres entre 40 y 64 años. Usuaris de atención Primaria”** tuvieron como objetivo determinar el grado de conocimiento de la fase del climaterio y sus relaciones con el nivel de Instrucción que tienen un grupo de mujeres de 40 a 64 años usuarias de atención primaria. Concluyeron que no existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento sobre la etapa climaterica y la edad de las mujeres en el estudio, así como tampoco por la adquisición de información de fuentes válidas, pero sí con el nivel educacional de las mismas.

Heredia B., Lugones M. (Cuba 2007)¹⁹ en la investigación Titulada **“Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia”** en un estudio transversal de mujeres entre 40 y 59 años, se concluyeron: que tanto en peri menopáusicas como en postmenopáusicas predominaron los calambres de manos y pies 79,5 % y 82,4 % respectivamente, así como los bochornos, 53,8 % en peri menopáusicas y 76,5 % en postmenopáusicas. Las alteraciones del sueño predominaron en las peris menopáusicas con diferencias significativas con respecto a las postmenopáusicas. La ansiedad y la depresión fueron las manifestaciones psíquicas más frecuentes y en la esfera sexual predominó la disminución del deseo sexual en las peri menopáusicas (25,6 %) y la insatisfacción en las postmenopáusicas (58,3 %). Los síntomas psíquicos están presentes en la misma proporción y fueron los más frecuentes la depresión y la ansiedad. La depresión se presentó en el 92,3 % de las perimenopáusicas y en el 82,4 % de las postmenopáusicas, la ansiedad en el 84,6 % y el 88,2 % respectivamente. El sentimiento de minusvalía mostró los más bajos porcentajes, el 7,7 % en las peri menopáusicas, pero aumentó a 23,5 %, después de la menopausia.

Lugones M. Valdez S. Pérez, J. (Cuba 2001)²⁰ **“Caracterización de la mujer en etapa de climaterio”** estudio descriptivo transversal con la totalidad de la población femenina del consultorio médico N° 16 del policlínico "Jorge Ruiz Ramírez" del municipio Playa, concluyeron que hubo incidencia significativa de síntomas psíquicos con predominio en las posmenopáusicas, con manifestaciones de ansiedad, depresión e irritabilidad, entre las más frecuentes. La ansiedad sobresalió con 50,8 % en las mujeres peri menopáusicas y el 64,5 %

en las posmenopáusicas y la depresión para el 42 % en las peri menopáusicas y el 60,4 % en las posmenopáusicas, con diferencias significativas entre ambas. También llama la atención que la mayoría de las manifestaciones psíquicas como inseguridad, miedo, intranquilidad, irritabilidad, etc., predominan en las posmenopáusicas, con diferencias significativas en relación con las mujeres peri menopáusicas.

Lugones, M. Navarro, D. (Cuba 2006)²¹ **“Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa”** se realizó el estudio de 110 mujeres en edades comprendidas entre 40 y 59 años, se concluyó que las manifestaciones del síndrome climatérico estuvieron presentes con mayor frecuencia en las peri menopáusicas predominando las oleadas de calor, ansiedad y depresión, así como también la presencia de trastornos en la libido. Con respecto a la repercusión social los principales problemas encontrados están referidos a los de índole laboral, dados por ausencias al trabajo y llegadas tarde y los de índole familiar, al tener que asumir diferentes roles que les crean problemas en su desenvolvimiento personal, familiar y social.

B. Nivel nacional:

Rojas A. Lima. (2001)²² en su estudio **“Prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres Pre menopáusicas del Asentamiento Humano Cerro del Sauce Alto del Distrito San Juan de Lurigancho”** el estudio se realizó con 50 mujeres entre edades 35 a 45 años, concluyó que el 48% realizan prácticas saludables como es el recibir atención psicológica, el sentirse apreciada e importante y con buena comunicación con la familia el 52%; no realizan prácticas saludables como el de ejercicio y control médico.

Dulanto R. Lima (2002)²³ en su estudio **“Estereotipo Psico-Socio-Cultural de la Menopausia en Mujeres Peruanas: Estudio Piloto en San Juan de Lurigancho”** tuvieron como objetivo determinar el estereotipo (percepciones, conocimientos y actitudes) de la menopausia en mujeres de 40 a 55 años de una zona urbana periférica de Lima; Encontraron que la menopausia fue considerada como un cambio natural, biológico y psicológico, que precedía a la vejez e iniciaba la infertilidad, motivo de alivio para unas y de frustración para otras. Otros significados fueron enfermedad, con posibilidades de solución como autocontrol, necesidad de apoyo psicológico y/o atención médica, liberación de la carga doméstica y mayor aceptación social. Entre los síntomas más asociados con la menopausia se hallan los “achaques” cambios de ánimo, bochornos y cansancio.

Llanos F. Revista Médica Herediana Perú Ramada (2004)²⁴ en su estudio **“Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana”** se evaluó un total de 97 mujeres de 40 a 50 años de edad, quienes definieron la menopausia como un proceso natural (90.72%), presentando actitudes de alivio (85.56%) y frustración (69.07%) mayoritariamente, con sintomatología prioritaria de cambios vasomotores (44.36%). El 38.14% refirió alteraciones en el estilo de vida por la sintomatología propia de la menopausia. Concluyeron: Que la captación de la menopausia como un proceso normal, con cambios en el estilo de vida en casi un tercio de pacientes

Pilcón D. y Villena M. Huanchaco (2010)²⁵ en su estudio **“Calidad de vida de las mujeres climáticas, asociada a principales factores biopsicosociales”** se realizó en la Corporación de educación popular del Distrito de Huanchaco-Trujillo, con el objetivo de determinar la calidad de vida en mujeres climáticas.

Los resultados fueron que la calidad de vida está asociada a factores como grado de instrucción, antecedentes de terapia hormonal de Reemplazo y el tipo de familia, así mismo que el factor económico influye como el tipo de alimentación, el consumo de cigarrillos, alcohol, cafeína y bebidas gaseosa contribuyen al estado nutricional e intensificando los síntomas del síndrome climatérico.

El grado de instrucción influye positivamente en la mujer climática en su calidad de vida.

C. Nivel local:

Huamán M. y Burga S. Cajamarca (2001)²⁶ en su estudio **“Nivel de Conocimiento y Actitudes de la Mujer frente al climaterio de las zonas urbana y Rural-Distrito de Cajamarca-2001”** en una muestra de 120 mujeres climáticas de la zona urbana y 93 de la zona rural cuyas edades oscilan entre 40-55 años de edad, tuvieron como objetivo determinar el nivel de conocimientos, su influencia y la actitud que adoptan las mujeres en la zona urbano y rural del distrito de Cajamarca.

Concluyeron que las 213 mujeres entrevistadas el nivel de conocimientos no influyen significativamente en la actitud que adoptan en ambas zonas. La actitud de las mujeres tanto de la zona urbana como rural está influenciada por diversos aspectos: la familia, la vida sexual que hayan llevado con su pareja, las experiencias vividas (agradables o desagradables), teniendo una mayor relevancia de sintomatología. Por lo tanto, el nivel de conocimientos no determina la actitud favorable o desfavorable frente al climaterio.

2.2.2. Teorías en ciencias de la salud que sustentan al problema de investigación.

García P. (2000)²⁷ La Antropología médica va referida al hombre en tanto que es un cuerpo individual y complejo susceptible de mantenerse en dos estados límites, a saber, como sano o enfermo. La Antropología médica serían los individuos humanos corpóreos, enclásados según edades y sexos, en tanto son sistemas de partes heterogéneas lo que permitirá redefinir este campo como un campo de términos constituido por órganos, tejidos, miembros.

Desde la antropología, se investiga las representaciones sociales de la salud y la enfermedad. Claudine Herzlich en los años setenta, en un estudio realizado en Francia, termina concluyendo que en muchos de los casos estas concepciones de la enfermedad y salud son independientes del saber médico. Es más bien buscar y entender cómo las diferentes sociedades o grupos sociales dan forma y sentido a sus experiencias orgánicas individuales, y mirar sobre esta base cómo se elabora una realidad social colectivamente compartida.

La enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine aspectos sociológicos y antropológicos además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad. . (Aniorte N. 2011)²⁸

Desde el punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva.

La cultura determina la distribución socio - epidemiológica de las enfermedades por dos vías: Desde un punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades. Desde un punto de vista global, las fuerzas político - económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar a la salud. (Aniorte N. 2011)²⁸

El concepto de salud tiene dos planos de interpretación fenomenológica: uno subjetivo, perceptivo del propio individuo, y otro objetivo, caracterizado por la conducta apreciable y más o menos medible en el área biológica, psicológica y social.

Esta doble dimensión del estado de salud o enfermedad tiene implicaciones importantes en la atención de la salud, puesto que da lugar a dos definiciones posibles de necesidad de atención igualmente válidas, pero no siempre coincidentes: la personal, orientada por un modelo interpretativo básicamente cultural, y la profesional, basada en un modelo explicativo científico. Esta duplicidad en la definición constituye una de las dificultades y motivo de discusión para la búsqueda de parámetros de medición de la salud y la enfermedad. (De Roux G. 2011)²⁹

La Carta de Ottawa (1986)³⁰ permite comprender que la salud no sólo se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo; sino que es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y dispensa a los demás; y por lo tanto puntualiza que la salud es la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

“Este enfoque se inspira en la concepción de la salud como parte de la formación del capital humano, visualiza la salud de la mujer como una inversión para el bienestar de la sociedad. Con las Estrategias de Nairobi sobre igualdad, desarrollo y Paz los Ministros de Salud de las Américas en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobaron las estrategias Regionales para el futuro sobre la mujer, la Salud y el Desarrollo donde mencionaron entre otros específicamente: “Reconocer la situación de discriminación y desigualdad de la mujer como causal de sus problemas de salud” (De los Ríos R. 1990)³¹

"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro como a nivel macro y en armonía con el medio ambiente". (Definición de la OMS, 1992)³²

La salud como estilo de vida

En el Congreso de Médicos y Biólogos de la lengua Catalana celebrada en Perpignan (1978) se adoptó como definición de salud “Aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y profundamente gozosa”

Visión totalmente vinculada al comportamiento. Sobre la construcción de las ideas de salud y enfermedad que han continuado evolucionando, Como la importancia del psiquismo e influencia del entorno físico y social.

Esta concepción sitúa al individuo como protagonista de su propia salud ya que lo hace responsable de las acciones que pueden quebrar o mejorar su estado de salud, pidiendo su esfuerzo personal para conseguir el máximo de su autonomía y de esta manera que su capacidad de funcionar no sea dependiente de los demás.

También entiende la salud con una dimensión social, por lo que solicita la solidaridad de todos para la construcción de la salud ambiental, la cual redundará en beneficio de la individual.

La indicación de que la salud es una manera de vivir gozosa se refiere a la disposición que se debe poseer para hacer frente a los problemas diarios y así mantener la necesaria salud mental. Encontrar la alegría en cualquier situación es una de las fórmulas para obtener la salud: la satisfacción en el trabajo, las relaciones personales, el ocio, etc. Contribuyen a alcanzarla, el bienestar psíquico es una de las dimensiones de la salud por lo que la capacidad de superar las dificultades y riesgos diarios son el punto de partida de una estrategia sanitaria.

El concepto de género

“El concepto de género alude al conjunto de características culturales específicas que definen la conducta social de mujeres y hombres y que gobiernan las relaciones entre los sexos; Las relaciones sociales de desigualdad entre los sexos y los efectos de esta desigualdad sobre la vida de las personas, ambas dimensiones la biológica del sexo y la social del género son indispensables para la comprensión adecuada de los procesos de salud y para el diseño de intervenciones eficaces y equitativas.” (OPS 2002)³³

“Desde los determinantes de género se destacan las relaciones desiguales de poder entre los sexos con frecuencia limitan el control de las mujeres sobre su sexualidad y su habilidad de protegerse a sí misma. (OPS 2002)³³

El enfoque de género en la salud

El enfoque de género en la salud y el desarrollo procura identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder-subordinación y que colocan a las mujeres en una posición asimétrica de desventaja con el fin de acceder y controlar los recursos de la atención de salud para su propio beneficio.

“El enfoque de género en salud demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres y una parte de la vida de los hombres como un espacio fundamental de crecimiento individual familiar y colectivo donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social. Este enfoque conlleva, asimismo intervenciones dirigidas a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y sobre su vida, fundamentado en la necesidad de que la práctica en salud reconozca el saber de la mujer, su hacer y su papel como ser social y ciudadana.” (Colomer, C. 2001)³⁴

“Es así, mismo un satisfactor sinérgico que no sólo contribuye a satisfacer las necesidades humanas fundamentales de la subsistencia y la protección como tradicionalmente se conciben sino que además tienen la capacidad de potenciar la satisfacción de otras necesidades humanas fundamentales como la creación, la identidad y la libertad. Se entiende como género y desarrollo a una construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo) que se expresa a través de relaciones de poder subordinación representada en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad. (De los Ríos R. 1990)³⁵

Es indudable que los niveles de mortalidad han experimentado un descenso general y ha aumentado la esperanza de vida al nacer y la ventaja en años de vida de la mujer con respecto a la del hombre. Sin embargo, el hecho de vivir más tiempo no significa necesariamente que la mujer viva mejor y que goce de mejores condiciones de vida y de salud.” (De los Ríos R. 1990)³⁵

“La salud y la equidad de género, a diferencia de género por sí misma y en interacción con otros factores socioeconómicos, se expresa en desigualdades, en los perfiles epidemiológicos como en los patrones de consumo y producción de bienes de salud.

Las diferencias de género incluyen las diferencias de sexo referidas a la distinción biológica entre mujeres y hombres.” (De los Ríos R. 1990)³⁵

“El género en salud va más allá de la descripción de las diferencias por sexo en el ámbito de la salud incluye la división de los roles y el poder entre mujeres y hombres.” (De los Ríos R. 1990)³⁵

“Existen diferencias importantes entre los patrones de salud-enfermedad de mujeres y hombres derivada de las características biológicas propias de cada sexo así como de la desigualdad de riesgos y de oportunidades creadas por la segmentación social de los ámbitos de acción femenino y masculino. La equidad de género en salud, no supone una distribución igual de la morbimortalidad entre los sexos; significa que mujeres y hombres pueden disfrutar de las oportunidades y condiciones que posibilitan una vida saludable sin el padecimiento de enfermedades, lesiones o discapacidades evitables.” (Colomer, C 2001)³⁶

“En la mayoría de los Países del mundo, especialmente en los más desarrollados, las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres y registran menor mortalidad. En la medida en que ha descendido la mortalidad y aumentado la esperanza de vida al nacer por lo que va ganando importancia la calidad de vida, la esperanza de vida saludable expresada en años de vida libres de discapacidad.”(OPS 2002)³⁷

Cabe destacar las diferencias por sexo en cuanto la esperanza de vida al nacer tiende a reducirse cuando se incorpora el elemento de calidad de vida.

“La interacción de los factores biológicos de sexo y sociales de género hace que las mujeres mayores constituyan uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, marcados desproporcionadamente por la soledad, la enfermedad, la pobreza y la desprotección. Su longevidad se asocia con una frecuencia alta de viudez y menor participación en el trabajo remunerado.”(OPS 2002)³⁷

“La salud igual que la enfermedad, es el producto de la interrelación entre las características individuales y el entorno social en el que las personas viven. La salud individual no es sólo estar en buena forma física o alimentarse bien o no fumar o tener un empleo. Es el resultado de esas y otras actividades. La salud depende de sentirnos con capacidad para controlar nuestra vida y de los recursos que se tengan para vivirla cotidianamente. Estos recursos influyen en el acceso a una vivienda adecuada, a alimentos saludables y seguros, buenos sistemas de transporte que permitan acceder a infraestructuras y servicios, una educación de

calidad, con formación apropiada para el empleo, trabajo, medio ambiente limpio y espacios de ocio adecuados. (De los Ríos 1990)³⁸

La mala salud y las desventajas sociales se encuentran íntimamente ligadas. La salud se produce o se pierde en nuestra vida cotidiana y es un proceso dinámico, no un estado natural, y por lo tanto susceptible de cambio mediante las mejoras de las condiciones sociales y económicas.

La salud y la enfermedad de las personas vienen determinadas por los siguientes factores: Características genéticas y biológicas, Medio ambiente físico, emocional y social en el que viven y determina su desarrollo, Estilo de vida, que adopte que estará en relación con las elecciones personales, determinadas conductas o formas de vivir de entre las posibles opciones que ofrece el entorno. No todas las personas tienen las mismas posibilidades de elegir cómo vivir, sino que según el lugar de nacimiento, raza, clase social y sexo, la sociedad le posibilita unas y no otras, muchas o pocas opciones.” (Colomer, C. 2001)³⁹

Lalonde (Ministro de Sanidad del Canadá 1974)⁴⁰ Estudió las diferentes enfermedades y causas de muerte en su País las que agrupó en cuatro grupos: La Biología Humana, el Sistema Sanitario, el medio Ambiente, y el Estilo de vida. Cada uno contribuye de la siguiente manera: La Biología Humana en un 10%, El Sistema Sanitario 20%, El Medio Ambiente en 30%, y el Estilo de Vida con un 40%.

El determinante de los estilos de vida está compuesto por el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir que tienen los ciudadanos de una población. Sobre ellos se pueden tomar decisiones personales para lograr su modificación anulación o a financiamiento. Entre los hábitos de vida más significativos para la salud se puede indicar: el régimen alimenticio, el uso de sustancias nocivas como el tabaco y otras drogas, la imprudencia sexual, la exposición a sustancias tóxicas y a las radiaciones solares, las relaciones interpersonales, el ejercicio físico, las costumbres higiénicas el número de horas de sueño. (Ministro de Sanidad del Canadá 1974)⁴⁰

Definición que abandona la concepción de salud entendida como un estado o situación utópica y abstracta y señala la importancia del desarrollo de todas las capacidades individuales de la persona. La salud es una conquista diaria por la cual se puede mejorar la calidad de vida.

No consiste en un proceso acabado, en algo determinado que se debe conseguir y que se tiene o que no se tiene, sino que se trata de que sea posible conseguir cada vez mayores cotas de salud. (Morales, A. 2012)⁴¹

Debe considerarse a la salud como algo relativo, contextualizado en la persona y en el momento en el que está viviendo. Cada persona posee posibilidades diversas debidas a su especial desarrollo: la interrelación entre el ambiente y su herencia genética han dado diferentes resultados que hacen de cada individuo un ser único. (Morales, A. 2012)⁴¹

La actividad sexual determina la mayor diferencia cualitativa entre los sexos con respecto al tipo de riesgos para la salud ya que sobre la mujer recaen no sólo las consecuencias biológicas del embarazo parto y puerperio, sino también la responsabilidad cultural asignada del cuidado de los hijos. Además, la mujer soporta la mayor parte de la carga de anticoncepción, es más vulnerable a infecciones del aparato reproductivo y a enfermedades de transmisión sexual.

“La Comisión presidencial de estados Unidos de América sobre Necesidades de Salud de la Nación afirmó que salud significa *“Una eficacia física, mental y social óptimas”*

El documento Titulado “Nueva perspectiva sobre la Salud de los Canadienses” emitido por el Departamento of Health and Welfare de Canadá refiere que el objetivo de los cuidados de la salud es “disminuir el índice de incapacidades y promover un estado de bienestar suficiente para llevar a cabo un nivel adecuado de actividades físicas, mentales y sociales, considerando la edad”

Todos los conceptos expresan esencialmente el mismo contenido: “La salud es un estado positivo de bienestar que incluye aptitud física, estabilidad mental o emocional y tranquilidad social.

La salud y la enfermedad no se pueden separar, la homeostasia fisiológica del equilibrio ecológico o del psicosocial. Porque cada uno afecta a los otros, el ambiente físico no sólo separa el estado fisiológico de la persona sino también su equilibrio psicosocial.

Cuando enferma la madre, se altera la vida en el hogar y otros miembros deben tomar sus responsabilidades alterando el orden inicial. (Morales, A. 2012)⁴¹

Factores que componen la salud

Son cuatro los factores que componen la salud individual y colectiva:

Son la biología humana, el ambiente, **el estilo de vida** y la organización para los cuidados de la salud. (Villar, M. 2011)⁴²

El modo de vida o forma de vida de las personas de una colectividad y personales, tienen un impacto importante en la salud. Este se determina por las circunstancias y las decisiones que toman las personas, de manera consciente, sobre la forma que eligen para vivir. Muchos problemas de salud se atribuyen directamente a una falta de los elementos esenciales de la vida, como nutrición y alojamiento adecuados, el nivel de ingreso económico, la elección de alimentos, la vida sedentaria de las personas, la falta de ejercicio, el alcoholismo, las toxicomanías, las enfermedades venéreas y los problemas de salud mental. (Villar, M. 2011)⁴²

“Los factores sociales de mayor importancia para la salud son el nivel socioeconómico y la escolaridad, el nivel de ingresos constituye el determinante principal de la salud de un individuo por estar ligado al acceso a los servicios de salud. Sin importar su grupo étnico, quienes viven en la pobreza están más propensos a sufrir problemas de salud.” (Gavidia, C.1998)⁴³

“La escolaridad se relaciona con el ingreso. Los graduados en la universidad tienden menos a sufrir padecimientos crónicos como hipertensión y enfermedad cardiovascular que los que no asisten a la universidad. Los de escolaridad más baja no sólo están propensos a contraer enfermedades crónicas sino a morir de ellas” (Gavidia, C.1998)⁴³

“Un mejor nivel educativo se acompaña de ingresos más altos, lo mismo que de un conocimiento más completo de la influencia de la dieta y el estilo de vida en la salud.” (Gavidia, C.1998)⁴³

El climaterio a través de la historia

“La palabra climaterio deriva de *Klimacter*, que en griego significa escalera, el climaterio es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica, etapa que dura alrededor de 20 años pasando del estado reproductivo al no reproductivo.

El climaterio tiene 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 mujer. (Lugones, M. 2010)⁴⁴

En el imperio romano el promedio de vida de las mujeres era de 23 años. En la edad media hasta fines del siglo XIX, menos del 30% de las mujeres llegaban a la menopausia. Actualmente el 90% de las mujeres de los países industrializados experimentan la menopausia y casi 60% vive hasta los 70 años.

Por lo tanto la menopausia es una condición de los siglos XX y XXI. La expectativa de vida ahora es de 82 años de edad para una mujer que viva en el Reino Unido, entonces la mayoría de las mujeres puede esperar vivir más de un tercio de sus vidas en un estado menopáusico.” (Morales, F. 2008)⁴⁵

“El libro de Génesis hace mención a la menstruación refiriéndola como la impureza mensual, Hipócrates hace narración del cese de la regla y a turbaciones en la mujer debido a la sangre agitada que va de la cabeza al útero, En el siglo IV a C. Aecio de Amida describe que el cese de la menstruación se presenta en mujeres mayores de 35 años. Dos siglos después Aristóteles, Cristodemo, Orisabio fueron los pioneros en identificar la sintomatología que manifiesta la mujer durante el periodo de cese de la menstruación. En el Códice Badiana del siglo XVI, hace referencia a lo que es un bochorno denominándolo calor excesivo. En 1982 Boismont explica que el cese de la menstruación se encontraba ligada a cuestiones emocionales, en 1886 Borner hace referencia a los cambios de la personalidad como los primeros síntomas para presentar la menopausia y los relaciona con estados depresivos, considerando así que los cambios que se presentan son variados e impredecibles. (Morales, F. 2008)⁴⁵

Charasse en 1868, atribuía la menopausia a un exceso de influencia de la sociedad y veía al climaterio como una recompensa y una etapa llena de tranquilidad, en 1878 Hegar asociaba la menopausia como problemas de los órganos sexuales, debilidad, insomnio, alucinaciones y sensación de ardor de las extremidades.

En 1887, Farnhan escribió sobre el cese de la menstruación indicando que los ovarios, después de largos años de servicio no tienen la capacidad de funcionar a una edad avanzada. 1890 Warnock refiere que las disfunciones menstruales son la causa de los desórdenes en el funcionamiento cerebral, ambos a través del sistema vascular y nervioso. En 1930 Quincy afirmó que en la mujer se presentaban climaterios cada siete años, 7, 14, 21, 28, 35, 41 y 49 años, este último con el cese de la menstruación. En el siglo XIX en un intento de explicar los desórdenes de los estados de ánimo, conducta y diversas manifestaciones sintomáticas se presentaba las siguientes explicaciones como congestión cerebral, anemia, retención de material dañino o venenoso debido a la ausencia de funcionamiento del útero, fermentación intestinal anormal, excitabilidad secundaria reflejada por la función ovárica. (Morales, F. 2008)⁴⁵

En estas primeras investigaciones se hace referencia a la sintomatología de tipo depresivo y a afecciones de los órganos sexuales en lo concerniente al momento histórico la etapa menopáusica está matizada por una carga sociocultural. En esta época el climaterio era un proceso que generaba inquietud en la mujer debido a las características particulares de éste a la vez que impactaba de manera considerable al medio circundante como el área familiar, debido a los cambios que se presentan en el estado de ánimo. A partir del año 1940 Se emplean los estrógenos como tratamiento para la depresión postmenopausica, 1934-1951 los avances médicos y la demanda de procedimientos para eliminar la sintomatología del climaterio lleva a generar una síntesis de estrógenos, 1950 se señalaron los riesgos de su empleo en relación con el cáncer de mama hasta 1970.

En 1980-1994 El uso y abuso de estrógenos para el tratamiento de la sintomatología presentada en el climaterio llega a su fin en 1980 año que se regula el costo beneficio del uso de estos” (Morales, F. 2008)⁴⁵

El número de mujeres postmenopáusicas está aumentando de manera creciente y continuará aumentando a medida que la población alcance más edad.

En Estados Unidos en 1990, 52 de los 125 millones de mujeres eran menopáusicas. De 1990 a 1994 Hubo un crecimiento más apreciable de la Población femenina Norteamericana de 45 años o más.

En 1996: 4,000 mujeres por día entraban en la menopausia. No solo el Número de mujeres Postmenopáusicas aumentó, sino que en 1950 a 1991 el número de mujeres de 65 años se triplicó 6.5 millones a 19 millones. (Pacheco, J. 1994)⁴⁶

La expectativa de vida global fue de 55 años en 1974, 63 años en el año 2000, y será de casi 81 años en el 2025, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1998) Más de 20% de la población mundial estará formada por personas mayores de 60 años en el 2025. (Gori, J. 2002)⁴⁷

En 1976 en el primer Congreso Internacional de Menopausia, se definieron por consenso los términos climaterio y menopausia. Así, el climaterio es el periodo comprendido entre la declinación de la función ovárica y la senilidad y marca la transición del estado reproductor al no reproductor.

En 1991 se propuso una nueva clasificación de climaterio que se basa en la capacidad funcional o en la ausencia del ovario para lo cual se propuso la siguiente división en cuatro tipos:

Tipo A

Climaterio espontáneo estrógeno dependiente con ovarios intactos sin compensación ovárica.

Tipo B

Climaterio espontáneo estrógeno dependiente ovarios intactos. Con compensación ovárica.

Tipo C

Climaterio por agenesis ovárica estrógeno dependiente.

Tipo D

Climaterio iatrogénico estrógeno dependiente, ovarios extirpados, Menopausia quirúrgica.

Con la expectativa de vida actual de 80 años para las mujeres proyectado a 81 en el año 2005. La mujer promedio que experimenta menopausia natural, pasará por lo menos 30 años o más de un tercio de su vida en estado Hipoestrogénico. Por lo tanto, aparecerán efectos clínicos más pronunciados secundarios a la falta de largo plazo de estrógenos en las mujeres no tratadas. (Gori, J. 2002)⁴⁷

El climaterio desde la ginecología antropológica

En lo que va del siglo el ser humano ha incrementado en un 50% su expectativa de vida. Naturalmente, ese aumento corre por cuenta de las etapas finales de la existencia. Por lo tanto, uno de los objetivos fundamentales de la medicina contemporánea es el de agregar calidad a los años de vida adicionales.

Actualmente una mujer que en los países desarrollados alcanza una edad promedio de 80 años vive más de un tercio de su existencia en la post-menopausia, es decir, en etapas en que las hormonas ováricas disminuyen hasta desaparecer. La acción trófica y metabólica de las mismas se ejerce no sólo sobre el aparato genital, sino sobre todo el organismo, con influencia en las estructuras óseas, en los esteroides de colesterol, etc. Además los estrógenos tienen una acción trófica indudable sobre el Sistema Nervioso Central. (Gurachari, A. 2011)⁴⁸

Al comparar lo que es hoy una mujer de 60 años en su aspecto, actitud y actividad, con el recuerdo de la abuela tradicional de los álbumes familiares. La mujer climatérica está viviendo un momento especial de su vida, que abarca el aspecto endocrino y genital. El climaterio es una de las crisis vitales más significativas de la mujer y como toda situación humana puede ser abarcable desde distintas disciplinas. Los aspectos psicológicos y sociales son generalmente evitados. Los cambios biológicos generalmente son los que marcan la atención. (Gurachari, A. 2011)⁴⁸

Es sabido que el climaterio es esa etapa de la vida que transcurre entre la madurez sexual y la senectud. Algunos autores refieren 35 años para el inicio y los 60 para la finalización.

A nivel familiar se debe analizar su organización; interrelaciones, solidaridad y apoyo. En el aspecto social a medida que avanzan los años es cada vez menor el número de miembros de familia y amigos contemporáneos, lo que da origen al aislamiento y a la depresión, es por ello que es necesario cultivar las amistades, encontrar nuevas y aprender a convivir con personas de menor edad que les permita compartir su afectividad, cariño y protección. Desde el punto de vista psicológico, en sus relaciones familiares, en el área laboral y especialmente en la época de la jubilación, el uso del tiempo libre, la posibilidad de estudios o trabajos gratificantes y la recreación ya que una vida ociosa es causa de mayor morbilidad, baja autoestima y depresión (Gurachari, A. 2011)⁴⁸

Guruchari, explica que los cambios biológicos que ocurren en el climaterio a pesar de su carácter involutivo, estimulan procesos psicológicos capaces de llevar, bajo condiciones favorables, a un mejor dominio de las dificultades de la vida y a una adaptación progresiva. El climaterio constituye una pérdida, un duelo en mayor o menor grado, un conflicto, este suele abarcar tres aspectos:

- **Psicológico**

Expresado por la depresión, la melancolía, la visión pesimista de las situaciones personales, familiares o sociales, la falta de interés vital, es un síntoma específico la hiperestesia emocional, caracterizado por el llanto fácil e incontrolable.

- **Somática o corporal**

Son frecuentes las "somatizaciones" como: Cefaleas, hipertensión arterial, pre cardialgia y el recrudecimiento de desórdenes patológicos preexistentes en distintos órganos o aparatos.

- **Social o volitiva**

Las actuaciones a volcar en el entorno la expresión del conflicto. Algunas de dichas actuaciones pueden ser en definitiva de valor positivo para la paciente, inicio de nuevas actividades, otras ponen en descubierto su origen en el subconsciente, que escapan a las reglas determinadas por la conducta social aceptada.

En determinados casos extremos, pueden ser netamente destructivas y aun llevar a tentativas de autoeliminación. (Borelli, G. 2011)⁴⁹

“Desde el punto de vista de la evolución de las especies los cambios que el climaterio produce en el cuerpo de la mujer representan una característica biológica excepcional, ya que las hembras de muchas especies animales parecidas a la raza humana, como los primates, tienen función ovárica hasta la vejez. (Langer, M. 1999)⁵⁰

En la sociedad actual de cultura occidental, la menopausia se considera, generalmente como el inicio de la tercera edad de la mujer, con todos los aspectos psicológicos negativos que eso conlleva.

Asociar la menopausia a la pérdida de juventud acaba creando en la mujer la pérdida de autoestima, iniciándose así la edad crítica, cómo vivió su maternidad, su relación de pareja y su lugar en la sociedad influirán enormemente en la vivencia de esta sintomatología (Mead, M.1999)⁵¹

No todas las culturas ven la menopausia como una fase negativa y de declive. En otras culturas distintas a la occidental, la menopausia acostumbra percibirse de forma positiva y con otros sentimientos y vivencias muy distintas. (Mead, M. 1999)⁵¹

La antropóloga Margaret Mead descubrió que en las culturas orientales las mujeres menopáusicas conseguían la igualdad social con los hombres, así como en algunas culturas Islámicas las mujeres menopáusicas pueden dejar el velo y participar de la vida pública, las mujeres Japonesas viven el envejecimiento como un hecho positivo y su climaterio como una etapa más de la vida. (Mead, M.1999)⁵¹

Marie Langer en su libro Maternidad y sexo (1999)⁵² hablando de los Indios Mohawe, explica que la mujer no restringe su vida sexual en su época menopáusica, al contrario, son frecuentes nuevas bodas, el hombre joven, decepcionado de su joven esposa, se divorcia a menudo, para casarse con una mujer madura. En ella encontrará una compañera experta, dispuesta a cuidar de él y de educar a sus hijos. Es también la época en que sus nietos quedan a su cuidado.

“La menopausia la libera de muchas restricciones que pesaban antes sobre ella, en lo referente a su intervención en la vida de la tribu. Ahora aunque tampoco puede tener una actuación oficial y bien circunscrita, ocupara un lugar importante en la organización parecido al de los hombres ya que se ha convertido en una mujer mayor. Psicológicamente, da la impresión de una persona que está consolidando lo obtenido durante su juventud y madurez y que adquiere nuevos valores. (Langer, M. 1999)⁵²

Marcha Flint (antropóloga profesora emérita de la Universidad Montclair Nueva Jersey) estudio la menopausia de las mujeres Indias de la casta de los Rajputs, en el estado de Rajasthan descubriendo que muy pocas mujeres presentan síntomas menopáusicos, a excepción de las modificaciones de sus ciclos menstruales, no encontraron síntomas depresivos, vértigos, incapacidades sin indicios asociados que se agrupan bajo el nombre de síndrome de menopausia. (Langer, M. 1999)⁵²

La explicación de este fenómeno está en que en su sociedad, estas mujeres tienen que vivir en *pardah*, es decir confinadas hasta la menopausia sin poder abandonar su recinto para mezclarse con los hombres. Pero a partir de la menopausia puede tomar parte de actividades hasta entonces prohibidas y pueden visitar a los hombres y relacionarse con ellos incluso sexualmente. No se las vuelve a tener por impuras al no tener ya menstruaciones.

Algo parecido ocurre en otras culturas, como ejemplo en la mujer Ulithi en Micronesia, al alcanzar la menopausia, la mujer puede ser realmente feliz, pues se le permite practicar la hechicería y la magia, fabricar amuletos y puede llegar a ser médium. (Langer, M. 1999)⁵²

Esta fase evolutiva de carácter no traumático que viven otras sociedades distintas a la occidental demuestra que, si el papel de las mujeres mayores está bien consolidado, la menopausia será sin duda una experiencia positiva. Esto no quiere decir que todos los síntomas que presentan las mujeres occidentales sean culturales ya que se inicia biológicamente una etapa en que la salud de ambos sexos empieza a declinar.” (Torres, R. 2012)⁵³

“En Japón, el gobierno cataloga el síndrome de la menopausia como un problema moderno de las mujeres que disponen de demasiado tiempo. Ante esa actitud, es difícil saber si la menopausia es un problema diferente o si hay renuencia a describir la experiencia verdadera.” (Kail, R. 2006)⁵⁴

El entorno familiar y social, las variables del rol adjudicado a la mujer en las diferentes culturas constituye un determinante **fundamental** en las condiciones en que la mujer transcurrirá ese período de su vida.

La mujer llega a la quinta década con logros y frustraciones, observa su propio desgaste y tiene a su alrededor "hijos adolescentes" con su propia crisis, mira hacia atrás, lo que tuvo que dejar en el camino; tiene que ser confidente de frustraciones e inquietudes. Sabe que hay cosas a las que nunca más podrá aspirar, la mujer que no pudo acceder a una familia integrada o que habiéndola iniciado fue truncada por separaciones u otras causas y llega a su climaterio sola y frustrada. (Guruchari, C. 2009)⁵⁵

En una sociedad que hace un culto de la juventud, a las formas externas de la piel, se limitan las perspectivas de una mujer que se siente **envejecer**. Sin embargo, su experiencia puede llegar a ser creativa y su posible longevidad le permitirá afrontar tareas útiles y gratificantes. (Borelli, G. 2004)⁵⁶

La climatérica según su ámbito de referencia y su propia sexualidad, tendrá muchas posibilidades de re significar su vida sin tanta declinación.

En los ámbitos rurales y las clases bajas de las zonas urbanas, así como en los ámbitos urbanos de clase media y de clase alta. En cada situación social será diferente si se toma en cuenta el criterio de rol, de inserción social.

Es así que puede hacerse una descripción diferente de la mujer que se ha embarazado tardíamente y llega al climaterio con un rol materno definido, la mujer que centraliza su vida en torno al rol de la abuela, la mujer sin hijos o con una estructura familiar reducida que centraliza toda su vida en el ámbito de lo social o lo laboral, etc. Puede decirse que en los ámbitos rurales, así como en las clases bajas de las ciudades, casi no existe el climaterio como no existe la adolescencia. (Borelli, G. 2004)⁵⁶

Hay en la mujer una persistencia del rol asumido durante su vida madura, es decir, todo sigue igual, hay persistencia del rol. Así como de niña pasó a adulta, de adulta pasará a vieja.

Este grupo poblacional importante en el país tiene los mismos parámetros biológicos, es decir que tiene gonadotrofinas elevadas, estrógenos bajos, modificaciones lipídicas, aparición de osteoporosis, pero no tiene vivencia de enfermedad, de cambio, de situación diferente.

Existe una resignación del rol laboral que logró o abandona. Debe competir también en su trabajo con la apología de la juventud, y de ello surgirán distintos tipos de actitudes. Uno puede ver en una mujer desde una actitud claramente antinomia y censora de todo lo que es juvenil hasta la mujer que se imbrica, se mimetiza con lo adolescente y toma a los 50 años un aspecto, una vestimenta, un lenguaje, un conjunto de actitudes que remedan o simulan o parecen estar vinculados a sus hijos adolescentes. (Borelli, G. 2004)⁵⁶

La mujer generalmente se reubica trascendiendo el ámbito familiar en actividades sociales. Es así que se puede volcar a nuevas actividades como el estudio, la proyección social a grupos comunitarios, la vinculación a un club, la vinculación mayor a amigas de su misma edad, es decir, se desinserta parcialmente del núcleo familiar.

Esta comprensión social del climaterio guarda directa relación con el ámbito cultural, con lo económico, con lo religioso, con un conjunto de costumbres y hábitos que hacen de referencia social.

Hay algunos elementos prioritarios en esta etapa de la vida, uno de ellos es el replanteo del sentido de vida. Surge por primera vez con una fuerza significativa, el balance de vida. Este balance de vida va a surgir remarcando lo positivo o negativo de acuerdo a la personalidad de base y a las circunstancias. Surge la búsqueda del YO muchas veces acompañada por una pérdida de la autoestima. La búsqueda del yo lleva unido un elemento importante que es la búsqueda del nuevo rol.

Desde siempre ser mujer es menstruar, como es seguir siendo una mujer sin tener menstruación. El otro elemento que surge es la pérdida definitiva de la fertilidad. (Borelli, G. 2004)⁵⁶

La mujer tendrá por delante un tercio de su vida sin serlo. Aparecen muertes cercanas especialmente la de los padres. Surge por primera vez la vivencia de la propia muerte, ya no son otros los que mueren, ahora "puedo ser yo". La comprensión o el sentimiento de muerte. (Gurucharri, A. 2006)⁵⁷

“A pesar de los cambios físicos, ninguna causa fisiológica impide a la mujer seguir disfrutando su vida sexual en una edad avanzada. Esto depende más bien de que tenga una pareja idónea, y no del deseo de ella.” (Kail, R. 2006)⁵⁸

“En el climaterio, el primer impacto abrumador que recibe la mujer es en el físico, que por el paso del tiempo y las deficiencias tanto hormonales como enzimáticas, tiene cambios perceptibles a simple vista, lo que genera inquietud como el encanecimiento, cambios en la pigmentación de la piel principalmente en manos y cara, pérdida de la lozanía en cutis, presencia de arrugas en el contorno de los ojos, la distensión de los músculos del cuello tienden a transformarse, acumulación del tejido adiposo, tendencia a acumular grasa en la cintura, cadera y vientre (por factores hereditarios, cultural y social, hábitos alimenticios, los

que tienen influencia en los estados emocionales) y en un nivel fisiológico los cambios son irregularidad en los ciclos menstruales, o su retiro total, sensación de cansancio, y lentitud para realizar actividades. (Morales, A. 2008)⁵⁹

Así como estas, se puede observar gran cantidad de acciones que evidencian la presencia de los años, situaciones que son angustiantes si la mujer se encuentra inmersa en una cultura en la que se ha sobrevalorado la belleza física y en donde los medios de comunicación desempeñan un papel importante, recordándole a la mujer que para poder triunfar en la vida cualquiera que sea la actividad o la meta el principal requisito es ser bella y joven. En esta sociedad la propaganda usa a la mujer como modelos para promover diversos productos para realzar la belleza femenina de mujeres mayores.

Dentro de esta sociedad, la mujer empieza a vivir su vida de mujer madura con una desventaja que es ser diferente a la mujer deseada por cualquier hombre, al no cubrir el primer requisito de ser bella y joven lo que no es distinción de clase y nivel socioeconómico, sino que deriva de actitudes de cultura e ideología.” (Morales, A. 2008)⁵⁹

Aspectos biológicos de la menopausia

Durante la vida fértil de la mujer los ovarios producen dos tipos de hormonas: estrógeno y progestágeno, que aparte de producir la ovulación y fabricar la capa endometrial en el útero, realizan importantes acciones en distintas partes o funciones del organismo: genitales, aparato reproductor, vejiga urinaria, piel, mamas, circulación sanguínea, corazón, huesos, y estado emocional. (Pacheco, J. 1994)⁶⁰

Con la edad, la mujer sufre actividad ovárica decreciente que hace disminuir la producción de estrógenos originándose un declive hormonal y el inicio del climaterio. Cuando esto sucede se producen las consiguientes alteraciones en las áreas neurológicas, somáticas y físicas antes citadas.

Este declive hormonal puede dividirse en tres fases:

Primera Fase.- Al caer los niveles de estradiol se produce un fallo en el sistema de retroalimentación negativa y un aumento gradual de las hormonas gonadotrópicas, con niveles más elevados de la gonadotropina hipofisaria folículo estimulante (FSH) que de la gonadotropina hipofisaria luteinizante (LH) la hormona FSH aumenta porque la fase folicular es más corta y disminuyen así la respuesta folicular, el número de folículos y la producción de estradiol. En cambio en esta fase la producción de progesterona es normal y se mantiene la ovulación.

Segunda Fase.- Aumenta la FSH y se produce una disminución de los estrógenos, los que no logran desencadenar la LH. En consecuencia no hay ovulación o se presenta una fase lútea deficiente y corta.

Tercera Fase.- Amenorrea permanente y falta de ovulación, disminución de los estrógenos y ausencia de progesterona.

Como consecuencia de la falta de respuesta ovárica y de las gonadotropinas FSH y LH Aumenta el factor liberador de las gonadotropinas del hipotálamo que intentan estimular la hipófisis y obtener respuesta ovárica sin conseguirlo. Este aumento no es permanente y desaparece después de unos años.

Los estrógenos en sangre no llegan a desaparecer totalmente, debido a que hay estrógenos procedentes del estroma ovárico, de la corteza suprarrenal y los producidos por la conversión periférica para la armonización de las grasas. Por lo tanto una mujer con sobrepeso con una mayor cantidad de estrógenos protectores, vivirá mejor su menopausia que una mujer con índice de masa corporal bajo. (Pacheco, J. 1994)⁶⁰

El climaterio es un periodo fisiológico de la mujer tan importante como tantos cambios y tan variados de una mujer a otra, apenas perceptibles en algunos casos y con una sintomatología muy agresiva en otros y de duración tan variable.

La sintomatología que acompaña a la menopausia deviene de tres componentes:

Disminución de la función ovárica

1. Factores socioculturales y ambientales
2. Factores psicológicos.

Los síntomas pueden variar en su presentación de acuerdo a la propensión heredada o adquirida por la mujer para tolerar el proceso del envejecimiento como sus relaciones interpersonales, principalmente con sus familiares. Se ha observado que la calidad de vida durante la menopausia recibe influencia de su salud emocional y física anterior, de su situación social, de sus experiencias y golpes de la vida, del estrés actual, así como de sus creencias sobre la menopausia.

La historia de trastornos menstruales y síndrome premenstrual también tienen importancia en la presencia de sintomatología, la preparación cultural, las relaciones sociales, alimentación, estilos de vida, diferencias genéticas, una mejor salud, ausencia de enfermedades crónicas, menor uso de medicamentos, el no ser fumadora, el hacer ejercicio regularmente y las actitudes positivas al envejecimiento y a la menopausia.

La sintomatología prevalente en el climaterio consiste en bochornos sudoraciones y vaginitis atrófica. Sin embargo, los síntomas no aparecen universalmente duran alrededor de 5 años y en la mayoría ocasionan inconvenientes menores o pasan desapercibidos. Los bochornos mortificantes y que no mejoran. Los trastornos del carácter y las alteraciones metabólicas tardías del tipo cardiovascular u osteoporótica son las que llevan a la mujer a buscar ayuda.

Otros síntomas son la irritabilidad, la fatiga, la depresión, los dolores de cabeza, el olvido de las cosas, el insomnio, la ganancia de peso, las palpitaciones, la crisis de llanto, el estreñimiento, la frecuencia e incontinencia urinaria, la disuria y la disminución de la lívido.

La menopausia puede ser fisiológica o artificial siendo la segunda ocasionada por cirugía o radiación. (Pacheco J. 1994)⁶⁰

Estilos de vida: Definición y Aspectos Generales

“El Estilo de Vida Promotor de Salud es visto como un proceso multidimensional de percepciones y acciones auto iniciadas que sirven para mantener o aumentar el nivel de bienestar, autorrealización y satisfacción individual” (Walker. Scherist y Pender. 1990).⁶¹

“En Salud Pública el concepto Estilo de Vida ha evolucionado desde orientaciones estrictamente individualistas a otras más integradoras. Así, para los profesionales de la salud adscritos al modelo clásico de medicina curativa, el estilo de vida es entendido como un conjunto de hábitos personales medibles en unidades físico-químico-biológicas, tales como:

horas de sueño, cigarrillos / día, calorías consumidas, volumen de alcohol ingerido, etc.” (Maya, L.1997)⁶²

“En cambio la Promoción de la Salud lo concibe como un concepto integral, donde los valores y las creencias, es decir donde la cultura, por una parte y las oportunidades y limitaciones de contextos socio-económicos, por otra, definen comportamientos y prácticas de salud. Estos comportamientos interactúan y afectan colectivamente el estado de salud del individuo.

El Estilo de Vida es “como elige cada uno dar forma a su vida”, donde cada individuo está inmerso en una familia y ésta en la comunidad y estos dos últimos sistemas determinan el estilo de vida propio que cada individuo experimenta. En general, este concepto comprende dos componentes: personal y psicosocial.” Definición aceptada por la OMS/Oficina Europea (Gómez J. 2005)⁶³

Según Ordinola, S. (2010)⁶⁴ “**Estilos de vida**” es el conjunto de patrones de conducta escogidos a partir de las alternativas que están disponibles a las personas, de acuerdo a sus circunstancias socioeconómicas y a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones”.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables involucra el compromiso individual y social, y el convencimiento de que sólo si se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de dignidad de la persona.

Dimensiones de los estilos de vida

Si bien es cierto el perfil epidemiológico ha cambiado notablemente en los países desarrollados, en donde predominan las enfermedades crónicas, todas ellas producto de hábitos y conductas inadecuadas por parte de los individuos; se aprecia que esta situación no es ajena a los países subdesarrollados, hecho que se confirma por el aumento de las tasas de enfermedades cardiovasculares, cáncer, hipertensión arterial entre otras. Frente a esta problemática se hace necesario un cambio en los estilos de vida a fin de prevenir daños irreversibles, tal y como lo propone Pender y sus colaboradoras en su Modelo de Promoción de la Salud 2006.

El trabajo de Pender es un aporte valioso a la promoción de la salud y prevención de enfermedades y tiene como foco de atención a las conductas promotoras de salud y sin excepción refiere que éstas son parte integral del estilo de vida de un individuo. A continuación se describe las diferentes dimensiones. (Ordinola, S. 2010)⁶⁴

2.2.3. Factores Psicológicos: Estilos de Vida

a. Autorrealización

La Promoción de la Salud está dirigida a aumentar el nivel de bienestar y autorrealización de un grupo o individuo dado, y enfatiza el deseo de desarrollo, expresión del potencial humano y de la calidad de vida, ya que proveen la motivación necesaria para la adquisición de conductas saludables.

Esta dimensión que forma parte de los Estilos de Vida, propuesta en el modelo de Pender 1987, incorpora categorías de sentido de propósito y representa las creencias que tiene el ser humano acerca de su propia competencia y crecimiento personal. Su definición está influida por ideas acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida, reconoce todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluidas las espirituales y los valores personales. Este es el factor más fuerte y su dominancia es consistente con la definición de Estilo de vida. (Pender, 2011)⁶⁵

En la teoría de Jung 1950, la autorrealización se define como un impulso del yo para realizar, satisfacer y mejorar las propias potencialidades humanas máximas; en las teorías de Rogers y Maslow, como una dinámica dentro del organismo que lo conduce a realizar, satisfacer y mejorar sus potencialidades inherentes.

Desde la perspectiva de Abraham Maslow (1962)⁶⁶, se explica las prioridades de la conducta humana a través de la jerarquía de necesidades fisiológicas, de seguridad, amor y pertenencia, estima y autorrealización. Maslow señala que la persona autorrealizada es aquella que mantiene el uso total de sus talentos, capacidades y potencialidades, y que cuando el individuo habla de sentirse bien menciona factores como logro, reconocimiento, el trabajo mismo, responsabilidad, progreso y crecimiento.

El grado de autorrealización parte del auto conocimiento o de la conciencia de las propias debilidades y las fortalezas. Desde este punto de vista el hombre es una voluntad capaz de cambiar las condiciones de su existencia, tomando como objetivo ser uno mismo, más adulto, más realizado con una visión más completa de la realidad y al mismo tiempo ser más eficaz, más abierto hacia los demás y ser capaz de construir una red de relaciones humanas y sociales; tener voluntad de revisar los propios comportamientos, reconstruir y organizar positivamente, lo cual es posible en la medida que la persona tenga claro sus objetivos, es decir, el mejoramiento continuo del ser como producto de un acto de conciencia.

Desde el punto de vista de la educación, León (1994)⁶⁷, en su obra “Educación Peruana. Vientos de cambio”, menciona que uno de los enfoques alternativos para una calidad educativa es aquel que asocia la calidad con el nivel de “vida educada”. “Educada”, no en la acepción clásica del civismo, la moral y las buenas costumbres, sino en el sentido humanista de persona que está preparada para confrontar los múltiples y desconocidos desafíos de la vida presente y futura, en todas sus dimensiones, permitiendo la autorrealización del individuo en los terrenos económicos, sociales, laborales, afectivos, familiares, etc.

“Todo ser humano persigue la propia realización personal, aunque a veces los obstáculos sean importantes. La autorrealización se entiende como un proceso en que se optimizan las potencialidades, recursos y capacidades del individuo; un proceso que solo es plenamente efectivo cuando se parte de una óptima autoafirmación en el camino hacia el éxito personal.

“Autorrealización es en la terminología de Maslow, la más elevada en la jerarquía de necesidades humanas; porque sólo puede lograrse después de la satisfacción de otras necesidades; es la necesidad de realizar plenamente el propio potencial”

b. Responsabilidad en salud

La sociedad viene experimentando frecuentes avances tecnológicos, sobrecarga de información y cambios en las políticas de seguridad social, lo que ha incidido incrementando los costos en salud. En respuesta a estas transformaciones muchos individuos vienen comprometiéndose con actividades que impliquen cuidar de su salud, aumentando sus conocimientos y adquiriendo las habilidades necesarias para el autocuidado personal. Estos cambios, han dado como resultado que muchos profesionales de la salud se interesen por los conceptos de autocuidado y responsabilidad, como elementos clave en la prevención y promoción de la salud.

Uno de estos profesionales es Nola Pender (1987)⁶⁸ quien propone en su modelo la dimensión “responsabilidad en salud”, definiéndola como “un conjunto de actividades realizadas por un individuo, familia o comunidad para lograr máxima salud”. Afirma que el autocuidado es un requerimiento universal, de compromiso para el apoyo a la vida y a la salud. En esta dimensión incorpora items de prácticas generales de salud que involucran la puesta de atención y aceptación de responsabilidad para el cuidado de la propia salud del individuo.

El autocuidado requiere que el individuo gane conocimientos, habilidades y competencias que pueden ser usados para mantener y realizar la salud. Incluye también acciones dirigidas hacia la minimización de amenazas a la salud personal, auto alimentación, auto mejoría y crecimiento personal (Pender, 1987)⁶⁸

Otros autores también opinan al respecto; así se tiene a Castellanos (1994)⁶⁹, quien propone que el autocuidado se refiere a aquellas actividades que realizan los individuos, familia o comunidad, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecer la salud.

El autocuidado de la salud por parte de la mujer, se fundamenta en el reconocimiento de su “capacidad para decidir sobre su cuerpo y su salud (física, mental y emocional) en función de su reafirmación como persona y en función a la perspectiva de su crecimiento personal, sobre la base de sus necesidades individuales que conducen a la toma de decisiones conscientes y permanentes”. Por lo que la mujer como ser social y actuante redefine sus formas de participación desde una posición de autodeterminación sobre el derecho a su salud, cuidado y protección.

El autocuidado implica una real toma de decisiones por parte de la mujer, tanto en las esferas de su vida privada como de su vida pública, sin perder de vista que, en la medida en que las condiciones materiales de su existencia sean dignas, su capacidad de decisión estará menos sujeta a limitaciones que le impidan ejercer medidas de autocuidado frente a su salud física, mental y emocional (Castellanos, 1994)⁶⁹.

“El auto cuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El auto cuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Requisitos universales del auto cuidado: son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación de desechos orgánicos, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

c. Manejo del estrés

El estrés se encuentra, inevitablemente, en la sociedad moderna, donde los cambios tecnológicos, políticos, ambientales y culturales ocurren todos los días. Es común a todas las experiencias humanas que con el tiempo producen efectos negativos en su salud. Esta dimensión, propuesta en el Modelo de Pender, incorpora categorías relacionados con el sueño y reposo, así como con medidas de control de las situaciones estresantes.

“En todos los grupos de edades las mujeres tienden a decir que el estrés influye negativamente en su salud”

“Las personas de edad madura presentan los niveles más altos de estrés y las mayores de 65 los niveles más bajos”

“Desde el punto de vista fisiológico, el estrés se refiere a varios cambios específicos del organismo (aumento de la frecuencia cardiaca, palmas sudorosas, secreción de hormonas) A corto plazo puede ser benéfico e incluso permita dar mejor rendimiento. Pero a lo largo puede ocasionar gran desgaste físico y hasta la muerte.” (Kail, R.2006)⁷⁰

“La interpretación que se dé a una situación o hecho determina si se siente estrés o no. (Lazarus y Folkman 1984)⁷¹

La cultura influye profundamente en cómo se percibe el estrés, las diferencias se basan en los valores de la gente, lo que constituye un estresor varía ampliamente entre las sociedades orientales como India y las sociedades occidentales como Inglaterra.

“Se ha determinado el nexo entre el estrés y la salud física, Un estrés constante suprime al sistema Inmunológico, aumenta la vulnerabilidad a las infecciones virales, el riesgo de arteriosclerosis e hipertensión deteriora la memoria y la cognición. Los eventos positivos mejoran el sistema Inmunológico”. (Lazarus y Folkman 1984)⁷¹

2.2.4. Factores Físicos: Estilos de Vida

a. Ejercicio físico

Pender (1987)⁷² señala que esta dimensión incluye un limitado número de ítems relacionados con patrones de ejercicio regular derivados de la más amplia categoría concebida de actividad física-recreacional. Derivó esta dimensión de la observación realizada en los americanos, quienes se encuentran físicamente más viejos en relación a su edad cronológica, debido a la poca asistencia que brindan a sus necesidades físicas. La mayoría viven estresados, con escasa energía, baja productividad y limitado tiempo para disfrutar de la vida. Concluye que los modernos estilos de vida fomentan poca actividad física.

Se define como actividad física a la serie de movimientos corporales producidos por los músculos esqueléticos que requieren consumo energético y que progresivamente producen efectos benéficos en la salud; ejercicio es un tipo de actividad física en el que hay movimientos corporales repetidos, planeados y estructurados, y que se hacen para mejorar o mantener uno o más componentes de la condición o capacidad física. (Obregón, A. 2009)⁷³

El ejercicio dinámico produce vasodilatación periférica, disminución de la renina, de la viscosidad sanguínea, de las catecolaminas, de los triglicéridos y aumento de las prostaglandinas, beta-endorfinas y del HDL colesterol. Durante la actividad física se incrementan los niveles de hormonas como norepinefrina y epinefrina. La práctica sistemática de ejercicios físicos produce sensación de bienestar, además de aumentar la capacidad de los sistemas respiratorio y cardiovascular

La actividad física promueve una expansión o incremento en la energía y facilita la pérdida de peso; sin embargo, no sólo es útil para perder calorías, sino que, según algunos estudios, se ha encontrado que también previenen la pérdida de proteínas de los músculos y los minerales del hueso. Es también conocido el efecto positivo que el ejercicio físico de forma regular produce sobre el sistema inmunitario, el sistema endocrino, las funciones del aparato locomotor y los aspectos psicológicos y sociales que inciden sobre la salud mental del individuo. (Obregón, A. 2009)⁷³

Frente a esta situación existe un consenso universal que toma en cuenta la nutrición adecuada, prácticas de ejercicio físico traducido en acondicionamiento físico, liberación de estrés, eliminación de hábitos nocivos (tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, agresividad, ingesta excesiva de alcohol y/o de sustancias psicoactivas), una buena higiene personal, salud sexual y las horas de sueño; todo esto encaminado a adoptar un estilo de vida acorde con la modernidad que permita a la persona vivir con calidad. (Obregón, A. 2009)⁷³

Los ejercicios de resistencia física deben ser parte del estilo de vida ya que benefician la salud. Su práctica puede ser disfrutada por el individuo, debe ser reconfortante y lleno de desafíos. Estos ejercicios incluyen la caminata, el trote y las carreras.

“El ejercicio disminuye la pérdida de masa ósea en la mujer menopáusica. Las mujeres atléticas de 55 a 75 años tienen similar densidad ósea en radio y columna vertebral igual a las mujeres atléticas menores de 50 años. El ejercicio físico evita la pérdida de masa ósea recomendándolo años antes de la menopausia para tener mejora significativa la que mejora la fuerza y resistencia y reducen la pérdida de hueso, el dolor de espalda y la lipemia en mujeres con osteopenia”.

“El ejercicio físico aeróbico como de resistencia, la caminata son eficaces para incrementar la densidad mineral ósea de la columna vertebral, la cadera, la muñeca” “Existe relación entre el ejercicio y una menor cantidad de caídas al mejorar el equilibrio, la fuerza y el tono muscular, y mantener un hueso más fuerte y flexible se reduce el número de fracturas.” (Obregón, A. 2009)⁷³

b. Nutrición

Se entiende por nutrición al conjunto de reacciones físicas y químicas que, a partir de los alimentos ingeridos tienden a suministrar la energía necesaria para los organismos y las moléculas básicas para su organización plástica.

La nutrición desempeña un rol fundamental en el crecimiento y desarrollo humanos, en la promoción y mantenimiento de la salud, en la prevención de enfermedades y recuperación de la salud, a lo largo de toda la vida. Aspecto reforzado por el Dr. Manuel Peña de la OPS, quien afirma que una nutrición adecuada desde la concepción y en todas las etapas de la vida, es esencial para el desarrollo de una existencia sana, productiva y de alta calidad. La práctica sostenida de actividad física y alimentación idónea (componentes de estilos de vida saludables) evita muchas enfermedades, condiciona un buen crecimiento, una gran capacidad funcional y contribuye al pleno desarrollo físico e intelectual. Además los cambios acelerados ocurridos en lo social, económico, perfil epidemiológico y situación alimentario-nutricional de los países, son de alta complejidad y representan un reto en la búsqueda de nuevas estrategias para la promoción de la salud, y la prevención de enfermedades.

Por esta razón, Pender (1987)⁷⁴ afirma que como parte de las medidas de prevención, desde el punto de vista de la Salud Pública, se debe tomar en cuenta a las modificaciones oportunas en los hábitos alimentarios, pues está demostrado su eficacia en el control de la mayoría de enfermedades crónicas del adulto como en la diabetes, litiasis vesicular, cardiopatía coronaria, alteraciones músculo esqueléticas (artrosis) y el cáncer. Sin embargo, para ello es necesaria la educación sanitaria en materia nutricional, la cooperación intersectorial y la responsabilidad de los ciudadanos respecto a su propia salud.

Las necesidades de un nutriente esencial se definen como la mínima cantidad del mismo que mantiene en sus límites normales a la masa corporal, su composición química, su morfología y sus funciones fisiológicas, y que evita cualquier signo clínico o químico del estado carencial correspondiente (Farci, A. 1998)⁷⁵

“Los nutrientes, la parte de los alimentos que nutre el organismo consiste en micronutrientes: como las vitaminas algunos elementos esenciales para la salud por lo general se consumen en pequeñas cantidades < 1 gr. /día normalmente se absorben sin modificar y muchos tienen funciones catalíticas y macro nutrientes. Muchos elementos presentes en los alimentos son esenciales para la salud, algunos como el Calcio, El Fósforo y el Potasio se encuentran en el organismo en concentraciones >0.005%. Otros denominados oligoelementos como el Hierro, el Zinc y el Iodo se hallan en concentraciones mucho menores (<0,005%). Los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas son macronutrientes luego de la digestión proporcionan glucosa y otros monosacáridos, ácidos grasos, glicerol, péptidos y aminoácidos. Los macronutrientes constituyen fuentes intercambiables de energía. Los hidratos de carbono y

las grasas ahorran proteínas tisulares. Si no se dispone de suficientes calorías no proteicas ya sea provenientes de la dieta o de las reservas tisulares.”(BerKow, R. 1994)⁷⁶

“La alimentación influye directamente en el funcionamiento mental, emocional y físico. Las necesidades nutricionales y los hábitos de alimentación cambian a lo largo del ciclo vital, por las diferencias del metabolismo. El metabolismo corporal y el proceso digestivo disminuyen con la edad. Los niveles altos de lipoproteínas de baja densidad constituyen un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, mientras que en el caso de las de alta densidad se consideran un factor de protección. El riesgo disminuye en adultos de todas las edades al reducir los niveles de lipoproteínas de baja densidad. Los niveles de las lipoproteínas de alta densidad pueden elevarse mediante el ejercicio y una dieta rica en fibra.”(BerKow, R. 1994)⁷⁶

2.2.5. Factores Sociales: Estilos de Vida

a. Apoyo interpersonal

El apoyo interpersonal o soporte social puede ser definido como el sentimiento subjetivo de pertenencia, de ser aceptado, amado, estimado, apreciado y necesitado por uno mismo y no por lo que uno puede hacer para los demás. Esta dimensión incorpora ítems concernientes con un sentido de intimidad e introversión, así como categorías de relaciones con otros individuos.

Un sistema de soporte social es el grupo de contactos personales a través de los cuales un individuo mantiene identidad social, recibe soporte emocional, ayuda material, información, servicios y hace contactos sociales nuevos.

El sistema de apoyo social es dinámico, evoluciona o se altera a lo largo de la vida de una persona. Provee seguridad para los individuos por asociación sostenida en un grupo humano definido y tiene un papel significativo en el mantenimiento de la integridad psicológica y física con el paso del tiempo (Pender. 1987)⁷⁷

b. Síndrome Climatérico

La sintomatología prevalente en el climaterio consiste en bochornos sudoraciones y vaginitis atrófica. Sin embargo, los síntomas no aparecen universalmente duran alrededor de 5 años y en la mayoría ocasionan inconvenientes menores o pasan desapercibidos.

Los bochornos mortificantes y que no mejoran. Los trastornos del carácter y las alteraciones metabólicas tardías del tipo cardiovascular u osteoporótica son las que llevan a la mujer a buscar ayuda.

La menopausia puede ser fisiológica o artificial siendo la segunda ocasionada por cirugía o radiación. (Pacheco J. 1994)⁷⁸

2.2.6. Factores físicos en las manifestaciones clínicas de la menopausia

a. Bochornos

“De manera característica el sofoco comienza en las áreas de la cabeza y la cara con una sensación de calor seguida de enrojecimiento facial que puede irradiarse al cuello y otras partes del cuerpo, cada llamarada dura en promedio 2,7 minutos. El responsable es un mecanismo hipotalámico cerebral” (Berek, J. 2004)⁷⁹

“Es el síntoma más frecuente y característico del climaterio, más del 75% de las mujeres posmenopáusicas experimentan estos episodios vasomotores durante sus primeros años, sin embargo; pueden manifestarse desde la menopausia temprana, en algunas mujeres estas oleadas de calor interfieren con la calidad de vida, debido a la intensidad y persistencia.

Los sofocos no son sólo una experiencia subjetiva ya que pueden objetivarse a través de diferentes parámetros: temperatura y conductancia cutánea, temperatura corporal, frecuencia cardíaca. Los síntomas vasomotores ocurren durante la noche e interfieren con el sueño.” (Gori, J. 2002)⁸⁰

“Su intensidad varía según cada persona dependiendo de la capacidad que tiene el cuerpo para fabricar estrógenos y del propio estilo de vida” “Se manifiestan golpes de calor de día o de noche acompañados de enrojecimiento de la cara el cuello y el pecho puede durar de uno a cuatro minutos y su desaparición es tan brusca como su inicio. Hay mujeres que no los perciben y otras lo sufren incluso más de cinco años después de la menopausia” (Torres, M. 2011)⁸¹

“Los sofocos son un acontecimiento central, iniciado en el hipotálamo, dirige el incremento de la temperatura central, de la tasa metabólica y de la temperatura de la piel provocando vasodilatación y sudoración desencadenada por activación no adrenérgica, serotoninérgica o dopaminérgica, junto a un pico de LH” (Berek, J. 2011).⁸²

b. Determinación del peso Corporal

Después de la menopausia, los estrógenos disminuyen rápidamente, mientras el cortisol producido por las suprarrenales no sufre variación; por lo tanto, incrementa la liponeogenesis y la gliconeogénesis, mientras la síntesis de proteínas disminuye. Las mujeres son relativamente inmunes a la enfermedad coronaria, hasta la menopausia, Los lípidos, incluyendo al colesterol y los triglicéridos son transportados en la circulación combinados con proteínas. Las lipoproteínas de densidad muy baja (LDL) transportan colesterol del hígado a la periferia para utilización o reserva. Las lipoproteínas de densidad alta (HDL) transportan colesterol a los tejidos periféricos del hígado. (Pacheco, J. 2007) ⁸³

Según Nachtigall y col. (1999) Observaron ningún cambio en el metabolismo de hidratos de carbono en mujeres post menopáusicas normales y diabéticas que recibieron terapéutica de reposición de estrógenos-progestágenos”. (Pérez A. 2003)⁸⁴

“En la menopausia se produce un cambio desfavorable en el perfil lipídico aumenta el colesterol total, el LDL-colesterol y los triglicéridos, mientras que disminuye el HDL-colesterol. El aumento de la lipoproteína se asocia con alta incidencia de arterosclerosis y enfermedad cardiovascular” (Gori, J. 2002)⁸⁵

“El 49% de las mujeres aumentan su peso corporal después de la menopausia más de 2.5 Kg 20% y 5 Kg en otro 20%. En la relación de aumento de peso con la disminución de estrógenos existen factores psicosociales que también influyen en esta edad como la disminución de la actividad física y la creencia de ya no ser necesario demostrarse atractiva lo que cambia sus hábitos dietéticos. Con la edad aumenta el volumen de grasa visceral intra abdominal mientras disminuye el de las piernas”

“En esta etapa hay una tendencia natural a aumentar de peso, crece en especial el volumen abdominal lo que molesta mucho a las mujeres. Sin embargo, se desconoce que estas grasas aportan estrógenos que actúan suavizando la agresividad de los síntomas” (Pacheco, J. 2002)⁸⁶

“La mayoría de la población no sabe comer una dieta balanceada. Muchas veces se sacrifica alimentos de valor por productos que añaden calorías inútiles o que aumentan el peso graso de la mujer, Tampoco se trata de comer bastante, lo que incrementa el riesgo de obesidad a esta edad y los efectos consiguientes sobre el aparato cardiovascular y los huesos. La alimentación debe ser balanceada, sin mayor variación de la que recibe la mujer en edad reproductiva que no gesta o da lactancia” (Pacheco, J. 2002)⁸⁶

c. Menopausia

La menopausia es el último periodo menstrual que acompaña al cese permanente de la función ovárica y la menstruación. El climaterio es la fase de transición desde el estadio reproductivo de la vida al estadio no reproductivo de las mujeres, esta transición corresponde al periodo de declinación de la función ovárica que por lo general se manifiesta clínicamente durante los 2 a 5 años que rodean a la menopausia. El climaterio anuncia básicamente la menopausia con manifestaciones de atrofia tisular progresiva y envejecimiento.

La *peri menopausia* es el periodo cercano a la menopausia refiriéndose a los 2 años anteriores y posteriores a la menopausia. Puede incluir un periodo más amplio.

Generalmente se requiere un intervalo de 6 a 12 meses de amenorrea para establecer el diagnóstico de menopausia, sin embargo; en algunas pacientes puede ser necesario determinar los niveles séricos de hormonas foliculoestimulante (FSH) y hormona Luteinizante (LH) para diferenciar la menopausia de otras causas de amenorrea secundaria. (Pacheco, J. 2007)⁸⁶

d. Dispareunia

“Se sabe que el tejido vaginal y los tejidos de la uretra y la base de la vejiga son sensibles a los estrógenos, por lo que algunas mujeres desarrollan atrofia sintomática con síntomas como: sequedad vaginal, dispareunia e infecciones vaginales recurrentes, así como síntomas urinarios como disuria, necesidad urgente de orinar, infecciones recurrentes de vías urinarias, e incontinencia urinaria por acortamiento uretral”. (Pacheco, J. 2007)⁸⁶

e. Sueño

“Las mujeres posmenopáusicas pueden quejarse de falta de sueño y sueño interrumpido a su vez esto puede dar lugar a trastornos inespecíficos como irritabilidad, ansiedad, nerviosismo, fatiga, olvido e incapacidad para concentrarse”. (Berek, J. 2004)⁸⁷

“Se presenta dificultad para dormir y permanecer dormidas el sueño fragmentado se acompaña de bochorno y provoca fatiga diurna, labilidad emocional, irritabilidad y problemas con la memoria de corto plazo” (Dawood, Y. 2008)⁸⁸

f. Vulvovaginitis

“La vulvo vaginitis atrófica y la cistitis son debidas a la deficiencia estrogénica sobre los epitelios estrógeno dependientes. El epitelio estratificado vaginal se vuelve delgado y atrófico lo que resulta en sensación de sequedad, dispareunia e incremento de infecciones bacterianas y candidiásicas”. (Pérez, A. 2003)⁸⁹

“La deficiencia estrogénica pronunciada afecta la mucosa vaginal provocando adelgazamiento, sequedad y disminución de su elasticidad con fragilidad vascular. Desaparece la flora habitual (lacto bacilar) la que es reemplazada por bacterias intestinales.”

“Las mujeres posmenopáusicas generalmente experimentan disuria y aumento de la frecuencia miccional con uro cultivos negativos (síndrome uretral) por déficit estrogénico” (Gori, J. 200)⁹⁰

g. Cambios en la piel

La aceleración manifiesta de los cambios cutáneos que acompañan al envejecimiento, especialmente después de la menopausia, los cambios en el colágeno puede ser el principal factor determinante del envejecimiento de la piel por la deficiencia de estrógenos. (Berek, J. 2004)⁹¹

La atrofia cutánea es la consecuencia del déficit estrogénico. La piel se adelgaza y seca, especialmente en la piel de la cara el tratamiento hormonal sustitutivo incrementa el espesor y el contenido de colágeno de la piel. (Gori, J. 2002)⁹²

“La pérdida de la función ovárica reduce el espesor de la piel secundariamente a una disminución significativa del espesor de la epidermis y del contenido de colágeno. El adelgazamiento de la epidermis se debe a la reducción de la velocidad de recambio de las células epidérmicas. El espesor de la epidermis disminuye a una velocidad de 1,2% por año después de la menopausia. Cuando se administra estroma aumenta la producción celular epidérmica, como lo que conduce a la restauración del espesor epidérmico. El contenido de colágeno de la piel de las mujeres posmenopáusicas no tratadas disminuye de manera exponencial a razón de 2,1% por año después de la menopausia y se correlaciona de modo significativo con el número de años transcurridos desde la menopausia. La terapéutica de reposición de estrógenos aumenta el espesor de la piel y su contenido de colágeno, modifica la vascularización de la piel afecta el tejido conectivo al aumentar el líquido intercelular y tornar a la sustancia fundamental más metacromética y a los fibroblastos más vitales. Como resultado del adelgazamiento de la piel en la posmenopausia esta aparece clínicamente laxa, es más trasparente, presenta vasos sanguíneos y capilares visibles con mayor facilidad y se lesiona con más facilidad. La curación de la piel es por lo general más lenta pero la cicatriz es menos hipertrófica.”(Dawood, Y.)⁹³

“Hay disminución gradual del contenido de colágeno y del espesor de la piel debido al aumento de andrógenos hay aumento en el crecimiento del vello facial y alopecia” (Botero, J. 2008)⁹⁴

“La piel, las mucosas y las conjuntivas sufren detrimento en la menopausia. La piel se vuelve frágil, delgada, seca y se moretea fácilmente. Durante la edad fértil el estradiol se concentra en las capas basales de la epidermis, se han identificado receptores de estrógenos y andrógenos en los fibroblasto de la piel, los estrógenos aumentan la calidad higroscópica y reducen la adherencia de las fibras colágenos de los tejidos conectivos. En la dermis producen mayor síntesis de ácido hialurónico dérmico. Mientras los estrógenos aumentan el contenido de líquido intracelular de los fibroblastos, la testosterona causa la proliferación fibroblástica. Con la edad y por razones genéticas, las características químicas y la función del colágeno cambian alrededor del 2.1% por año.” (Pacheco, J. 2007)⁹⁵

h. Edad de la menopausia

La edad mediana de la menopausia en Estados Unidos es de 51,4 años con límites que varían desde los 48 a los 55 años. La edad de la menopausia puede estar aumentando, aun las diferentes literaturas indican que ha permanecido inalterada durante siglos. Cuando la menopausia sobreviene a los 35 años de edad o antes, se la clasifica como menopausia

temprana. A pesar de que esta es una clasificación conveniente, las manifestaciones clínicas de la menopausia se expresan con mayor precocidad cuanto más temprano tiene lugar la menopausia respecto a la edad habitual esperada.

“La edad de la menopausia parece estar genéticamente determinada y no está afectada por la raza, el nivel socioeconómico, la edad de la menarquía o el número de ovulaciones previas. Los factores tóxicos para el ovario habitualmente adelantan la edad de la menopausia; las fumadoras sufren antes la menopausia, así como la exposición a quimioterapia o radiación pélvica.” (Berek, J. 2008)⁹⁶

Además de la causa quirúrgica, varios factores afectan la edad en que sobreviene la menopausia, como los antecedentes familiares de menopausia temprana, el hábito de fumar, la ceguera, el cariotipo anormal, (Síndrome de Turner, Disgenesia Gonadal), La pubertad precoz, la zurdera todos los cuales producen menopausia temprana, mientras que la obesidad y la clase socioeconómica más alta tienden a inducir un comienzo tardío de esta. La clase social puede ser un factor más aparente que real y probablemente denote más bien el estadio de vida que la acompaña, como la dieta, el peso, el hábito de fumar y la edad de la menopausia en la familia. Varios estudios demostraron que cuanto más cigarrillos fuma la mujer y durante un periodo más prolongado, se observa una menopausia más temprana. La edad promedio de la menopausia de las mujeres zurdas es de 42,3 años, en las mujeres diestras de 47,3 años y en las ambidiestras 40,7 años. En las mujeres diestras la menopausia puede demorar su aparición hasta los 56 años mientras que en las mujeres zurdas, la menopausia se produce antes de los 51 años de edad.

i. Sudoraciones nocturnas

La edad y la disminución de los estrógenos naturales alteran el metabolismo dopamina-epinefrina en el cerebro. Ocasionando inestabilidad del sistema nervioso autónomo” (Pacheco, J. 2007)⁹⁷

“Los síntomas de inestabilidad vasomotora son variados e incluyen bochornos, diaforesis, sudoraciones nocturnas, cefaleas, palpitaciones e insomnio” (Pérez, A. 2003)⁹⁸

j. Enfermedad cardiovascular

“La deficiencia de estrógenos incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular, es un factor de primer orden que contribuye a la enfermedad cardiovascular en la mujer siendo otros factores de riesgos importantes la hipertensión, tabaquismo, diabetes, hipercolesterolemia, y el estilo de vida sedentario”. (Pacheco, J. 2007)⁹⁹

“El estado pre menopáusico, el estatus estrogénico es la mejor profilaxis contra el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular.” (Gori, J. 2002)¹⁰⁰

k. Osteoporosis

“La relación entre la menopausia y la osteoporosis se ha establecido con claridad, la tasa de pérdida de hueso aumenta en grado importante en la menopausia aumentando la incidencia de fracturas, su causa es multifactorial, los factores primarios relacionados con la osteoporosis son: herencia, edad, sexo, estado estrogénico e ingestión dietética de calcio”. (Pacheco, J. 2007)¹⁰¹

“A partir de los 35 años se inicia un proceso muy lento de pérdida de hueso que se acelera en el climaterio donde existe un desacoplamiento de la remodelación ósea, por resorción explica la pérdida acelerada de hueso”. (Pérez, A. 2003)¹⁰²

2.2.7. Factores Psicológicos: Manifestaciones clínicas de la menopausia

a. Efectos Psicológicos.

– Olvidos

“La cefalea, el cansancio, el letargo, la irritabilidad, la ansiedad, el nerviosismo, la depresión, las dificultades para conciliar el sueño, la incapacidad para concentrarse y los sofocos son síntomas que a menudo llevan a las mujeres peri menopáusicas y post menopáusicas a solicitar ayuda.”

También los estrógenos afectan el área cognitiva y afectiva incluyendo: memoria, insomnio, ansiedad e irritabilidad evidenciando el rol beneficioso de los estrógenos sobre los variados aspectos psicológicos en la mujer climatérica. También se incluyen astenia, adinamia, irritabilidad, nerviosismo, humor fluctuante, tensión, depresión, ansiedad, cefalea, insomnio y frigidez. (Gori, J. 2002)¹⁰³

“La pérdida de la memoria es mayormente entre 41 a 45 años o a la edad que comienza el climaterio por la declinación de los niveles de estrógeno, las neuronas que contienen receptores nucleares específicos para estrógenos están ubicados en áreas del cerebro especialmente la hipófisis, hipotálamo, cerebro frontal límbico (incluyendo amígdala y el

septum lateral y la corteza cerebral). Por lo que las funciones límbicas relacionadas a la emoción son influenciadas por los estrógenos. Así, los estrógenos mejoran el humor y aspectos específicos de la función cognitiva en la mujer posmenopáusica así como tienen efectos dissociables y específicos sobre varias funciones psicológicas” (Panay, N. 2009)¹⁰⁴

“La deficiencia de estrógeno ejerce efecto sobre el sistema nervioso central, las mujeres peri menopáusicas suelen experimentar dificultades para concentrarse con pérdida de la memoria a corto plazo, síntomas atribuidos a los efectos del envejecimiento por sí mismo o a una privación sutil del sueño acompañada de bochornos, los estrógenos ejercen efectos directos sobre la función mental”. (Pacheco, J. 2007)¹⁰⁵

“Variados síntomas psicológicos relacionados a la disminución estrogénica se presentan con mucha frecuencia en esta etapa de la vida entre ellos destacan la astenia, ansiedad, irritabilidad, síntomas depresivos, nerviosismo, alteraciones del sueño, y dificultad de concentración, las que también pueden ser de origen familiar o laboral”. (Pérez, A. 2003)¹⁰⁵

– **(Pérdida de la libido) Disfunción sexual**

“La actividad sexual se conserva relativamente estable en las mujeres antes y después de la menopausia, la atrofia vaginal es el factor que puede contribuir a que disminuya la satisfacción sexual, el malestar debido a la falta de lubricación vaginal puede disminuir la satisfacción sexual, la lívido es un fenómeno cerebral complejo que depende de estimulación de muchos orígenes y no se ha demostrado que la disminución de los andrógenos que acompañan a la menopausia produzca cambios, por lo que se sugiere que la satisfacción sexual en mujeres post menopáusicas no disminuye con el paso del tiempo” Berek, J. 2008)

¹⁰⁷

“La disfunción sexual implica la reducción del interés o del deseo de iniciar la actividad sexual, así como de la excitabilidad o de la capacidad para conseguir un orgasmo durante las relaciones. La etiología es multifactorial, incluyendo problemas psicológicos como depresión o trastornos de ansiedad, conflictos de pareja, temas relacionados con abuso sexual o malos tratos, efectos secundarios de fármacos o con problemas que hacen que las relaciones sexuales sean molestas, como la endometriosis o la vaginitis atrófica.”

“La disfunción sexual tras la menopausia tiene diversa etiología se averiguará sobre las variables fisiológicas, psicológicas, del estilo de vida y de la relación de pareja.” (Berek, J. 2008)¹⁰⁷

“En esta etapa de la vida la mujer sufre devaluación de su sexualidad y en no menos de una ocasión llega a utilizarla como explicación a su malestar con ella misma y con su pareja”

“De acuerdo a la cultura y la influencia social occidental tanto la sexualidad, la fertilidad, la juventud, la belleza física, el vigor así como la fuerza, son los factores máspreciados en la mujer, por lo que hay el prejuicio de que la menopausia marca el fin del interés sexual, y por tanto, de la actividad erótica, entonces su valoración como mujer y su atractivo erótico y sexual se ponen en entredicho” (Morales, A. 2008)¹⁰⁸

2.2.8. Desarrollo teórico-reflexivo de las variables principales del problema de investigación.

a. Variable independiente

Estilos de vida de la mujer climatérica

Es el conjunto de patrones de conducta escogidas a partir de alternativas disponibles a las personas, en este caso de las mujeres climatéricas de acuerdo a las circunstancias socioeconómicas y a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones (Botero J. 2004)¹⁰⁹

Los estilos de vida se encuentran enmarcados en seis dimensiones:

1. Autorrealización

Esta dimensión se expresa por la satisfacción personal que experimenta la mujer climatérica y las creencias que posee acerca de su competencia y crecimiento personal.

Medida a través de 13 ítems incluidos en la Escala de Estilos de Vida.

2. Responsabilidad en Salud

Conjunto de actividades iniciadas o realizadas por la mujer climatérica, para mantener o promover una máxima salud medida a través de 10 ítems incluidos en la Escala de Estilos de Vida.

3. Ejercicio Físico.

Es el grado de intensidad de despliegue físico o esfuerzo corporal emprendido por la mujer climática, a fin de mantener en forma el organismo y mejorar la salud en esta etapa de su vida medida a través de 5 ítems incluidos en la Escala de Estilos de Vida.

4. Nutrición

Es el grado de práctica adecuada de consumo de nutrientes realizado por la mujer climática Medida a través de 6 ítems incluidos en la Escala de Estilos de Vida.

5. Apoyo Interpersonal

Representado por la expresión afectiva de la mujer climática hacia sí misma y los demás, sintiéndose aceptada, amada, estimada, apreciada y necesitada por los demás.

Medida a través de 7 ítems incluidos en la Escala de Estilos de Vida.

6. Manejo del Estrés

Es el grado de percepción de control de los factores estresantes y/o preocupaciones de la mujer climática frente a situaciones difíciles.

Medida a través de 7 ítems incluidos en la Escala de Estilos de Vida. (Pender, 1987).¹¹⁰

b. Variable dependiente

Síndrome Climático:

El síndrome climático se estudió enmarcado en dos dimensiones Dimensión Psicológica con sus niveles leve, medio, alto y La Dimensión Biológica con sus niveles leve, moderadas, intensos y que abarcó aspectos como:

- Bochorno
- Palpitaciones
- Libido
- Sudoraciones Nocturnas.
- Sueño
- Vulvo vaginitis
- Cambios en la piel

- Olvidos
- Peso Corporal
- Menopausia
- Dispareunia
- Edad de la Menopausia

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Diseño de la investigación

El presente estudio corresponde a una investigación no experimental, de corte transversal de tipo descriptivo y correlacional que tuvo por finalidad determinar y analizar los estilos de vida y su relación con las manifestaciones clínicas del climaterio en dos grupos de mujeres en edades peris menopáusicas.

3.2. Métodos

De acuerdo a la naturaleza de la investigación se hizo uso del método comparativo, que permitió establecer semejanzas y diferencias entre grupos poblacionales. En este caso se identificaron las semejanzas y diferencias entre estilos de vida y manifestaciones clínicas del climaterio, tanto en la población de docentes universitarias como en las mujeres climatéricas que acuden al Puesto de Salud La Tullpuna.

Por otro lado, el estudio contó con una muestra comparativa que se obtuvo de las mujeres climatéricas asistentes al Centro de Salud La Tullpuna Micro red Magna Vallejo con categoría I-3 Sector geográfico del mismo nombre, perteneciente a la DISA, Red Cajamarca, distrito de Cajamarca, provincia y departamento del mismo nombre, ubicado al norte del Perú entre los paralelos 4° 30` latitud sur y los meridianos 77° 30` de longitud oeste, altitud 2750 m.s.n.m.

También se recurrió al método analítico-sintético, debido a que descompuso el todo (estilos de vida y las manifestaciones del climaterio) en partes o elementos componentes, para luego recomponer las partes en el todo.

3.3. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos.

La técnica necesaria para esta investigación fue la entrevista y el cuestionario.

3.4. Universo y Muestra

El universo del presente estudio estuvo constituido por todas las mujeres perimenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas docentes universitarias nombradas de la Universidad Nacional de Cajamarca en un total de 80 y 80 mujeres sintomáticas y asintomáticas que acudan por cualquier otro motivo al Puesto de Salud la Tullpuna en un período de tiempo del año 2012. Se tomó un número similar al de las docentes.

3.5. Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las mujeres climatéricas docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca y las mujeres asintomáticas que acudieron al Puesto de Salud la Tullpuna.

CAPITULO IV

ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos una vez analizados los datos estadísticamente. En la primera parte se incluye un análisis de acuerdo a las distribuciones de las variables consideradas para esta investigación. Este análisis se llevó a cabo específicamente con aquellas variables del estudio que utilizaban una escala ordinal. Los resultados obtenidos se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 01

Distribución Numérica y Porcentual de las Edades, por rangos, de las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012

EDAD	P. S. Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
35 – 44	38	47.5	30	37.5	68	42.5
45 – 49	13	16.3	18	22.5	31	19.4
50 – 54	17	21.3	18	22.5	35	21.9
55 a más	12	15.0	14	17.5	26	16.3
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

La Tabla N° 01 indica que del total de las mujeres entrevistadas, 160 (100%) la mayoría de ellas (42.5%) tienen una edad entre 35 y 44, Mientras el grupo más pequeño pertenece a aquellas mujeres que tienen 55 años a más correspondiente al 16,3%.

En cuanto a las usuarias del Centro de Salud Tullpuna, se observa que las mujeres de 35 a 44 años son las que más acuden o usan los servicios de este centro, con total de 47.5% de la muestra.

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 aplazando; en la edad media el promedio era de alrededor de los 40 años, en 1700 se incrementó a los 45 años y en la actualidad ronda los 50 años. (Gori, J.2002)¹¹¹

Si se considera que el climaterio comienza en promedio de cinco años antes, actualmente debe considerarse que entre los 40 y 50 años empiezan a presentarse síntomas de declinación hormonal. Es común suponer precoz una menopausia ocurrida antes de los 40 años y tardía a la que se produce después de los 55 años.

En la determinación de este proceso intervienen diversos fenómenos, como factores hereditarios, ambientales, alimenticios, antecedentes gineco obstétricos, salud en general, cirugías y el agotamiento funcional ovárico. (Gori, J.2002)¹¹¹

(Panay N. en Ginecología y Obstetricia de Dewhurst)¹¹² refiere que hace 200 años sólo el 30% de las mujeres vivió su menopausia, hoy en día más del 90% lo hará. Por lo tanto la transición es una condición de los siglos XX y XXI. La expectativa de vida ahora es de 82 años para la mujer, por lo que ellas esperan vivir más de un tercio de sus vidas en un estado menopáusico.

Aunque la menopausia se presenta en promedio a la edad de 50 años los cambios fisiológicos que resultan al final del periodo menstrual pueden comenzar hasta 10 años antes, continuando los cambios hormonales hasta mucho después de esto.

(Pacheco J. 2007, en Climaterio y menopausia)¹¹³ refiere que la edad de la menopausia varía por razones de nutrición y salud, refiere el autor que en un estudio en la práctica privada en la Ciudad de Lima encontraron que la edad media de la menopausia fue 48 años y 45 en Cerro de Pasco.

De igual modo Pacheco 2007, refiere que los cambios hormonales ocurren desde una edad mediana y en la edad mayor no sólo son cuánticos, sino también lo son en su patrón de secreción diurno y pulsátil.

La edad es una variable muy importante en el análisis de cualquier proceso, al haberse producido un cambio en el modo de vivir y la historia de vida de las mujeres mayores es muy diferente a las de las jóvenes.

Tabla 02

Promedios y Desviaciones Típicas de la Variable Edad de las Mujeres Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012.

Entrevistadas	N°	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Tullpuna	80	35	61	46.49	7.310
Docente UNC	80	35	60	46.70	7.969
TOTAL	160	35	61	46.59	7.623

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

La Tabla 02, muestra que en el Puesto de Salud La Tullpuna de las 80 entrevistadas la edad mínima es 35 años y la edad máxima de 61 años, también se observa que la media es de 46 años. Mientras que las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca la edad mínima es de 35 años y la máxima es de 60 años y tiene una edad media de 47 años.

El climaterio como fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida gradual de la función ovárica es una etapa que dura alrededor de 20 años pasando a la mujer del estado reproductivo al no reproductivo. (Pacheco J. 2007, Climaterio y menopausia) ¹¹³

(Dawood Y. en Menopausia) ¹¹⁴. Refiere que los síntomas pueden variar en su presentación de acuerdo a la propensión heredada o adquirida por la mujer para tolerar el proceso del envejecimiento.

Existen varios factores que afectan la edad en que sobre vienen la menopausia como los antecedentes familiares, cariotipo anormal, hábitos nocivos, ceguera, zurdera, obesidad, nivel económico, clase social, dieta.

Según Dueñas D. en “Climaterio y calidad de vida en el año 2001” ¹¹⁵ Manifiesta que aquellas mujeres que son solteras al igual que las mujeres que trabajan fuera de casa tienden a alcanzar la menopausia antes que las casadas y amas de casa.

Así como las mujeres que no han dado a luz o que no han tenido hijos llegan a ella antes que aquellas que si han dado a luz y si el primer hijo se tiene antes de los 28 años este aumenta la precocidad en la edad de la menopausia.

Del mismo modo refiere el autor que en lugares de más altitud aparece antes que en las mujeres que se encuentran al nivel del mar y que en razas mediterráneas y Africana que se presenta en edades más precoces que las nórdicas.

(Gómez, C. 2010)¹¹⁶. En el trabajo “Conocimiento que tienen sobre el climaterio mujeres entre 40 y 54 años usuarias de atención primaria concluyeron que no existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento sobre el climaterio y la edad de las mujeres, pero sí son el nivel educacional de las mismas”

Tabla 03

Distribución Numérica y Porcentual del Lugar de Residencia de las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012.

Residencia	P.S.Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Urbana	42	52.5	80.0	100.0	122.0	76.3
Rural	38	47.5	.0	.0	38.0	23.8
TOTAL	80	100.0	80	100.0	160	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

En la Tabla N° 03. Se tiene que, de las usuarias del Centro de Salud La Tullpuna, un 52.5% proceden o radican en la zona urbana de la ciudad, mientras que el 47.5% proceden de alguna zona rural. Contrariamente las docentes de Universidad Nacional de Cajamarca entrevistadas, proceden en su totalidad de zona urbana con un total de 100%.

En forma general, en la muestra puede afirmarse que el 76.3% procede de la zona urbana, mientras que el 23.8% procede de la zona rural.

(García V. y Maestre P. En Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio 2003)¹¹⁷, concluyeron que en la edad de la aparición de la menopausia no tiene relación con el número de hijos ni con los hábitos nocivos, ni residencia.

(Herrera, U en el trabajo Vivencias de la Población Urbana Menopáusica 2010)¹¹⁸ No encontró asociación significativa del lugar de residencia con las manifestaciones clínicas de la menopausia”

(Souza M. En el Artículo Menopausia y Comorbilidad Psiquiátrica 2011)¹¹⁹ explica que el Síndrome Climatérico depende del grado y tiempo de la hipofunción ovárica no encontrando relación alguna con el lugar de residencia.

(Vega, G. 2010)¹²⁰. En el estudio “Incidencia y Factores relacionados con el Síndrome Climatérico en una población de mujeres mejicanas determinó que la residencia, escolaridad, ocupación, paridad no presentaron asociación significativa”

Tabla 04

Distribución Numérica y Porcentual del Estado Civil de las Entrevistadas en la ciudad de Cajamarca. 2012.

Estado Civil	P.S. Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	4	5.0	18	22.5	22	13.8
Casada	21	26.3	50	62.5	71	44.4
Viuda	3	3.8	0	0	3	1.9
Divorciada	1	1.3	5	6.3	6	3.8
Conviviente	51	63.8	7	8.8	58	36.3
TOTAL	80	100.0	80	100.0	160	100

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Analizando la variable estado civil se tiene que en el Puesto de Salud La Tullpuna la mayoría de las usuarias viven en convivencia, representado en un 63.8%, mientras que el 1.3% están divorciadas. Sin embargo, las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca la mayoría de ellas están civilmente casadas en un 62.5% y encontramos que el 6.3% están divorciadas.

En forma general puede concluirse que las casadas tiene el mayor porcentaje con 44.4%, le sigue las convivientes con 36.3%, las solteras ocupan el tercer lugar con 13.8%, las divorciadas están con 3.8% y en último lugar están las viudas con 1.9%.

(Lugones M. y Valdez S. en Caracterización de la mujer en etapa del climaterio 2012)¹²¹ en relación con el estado civil, la mayoría de las mujeres están acompañadas en el climaterio, de una u otra forma, o sea, las casadas, las que tienen pareja, con el 73,6 % en las peri menopáusicas y el 62,4 % en las posmenopáusicas, sin diferencias significativas entre ambos

grupos, pero menor en las posmenopáusicas, lo que no deja de tener importancia, pues este aspecto puede contribuir a la aparición del llamado "síndrome del nido vacío", el que tiene mucha importancia en la esfera psicosocial de estas pacientes. Tal sentimiento se produce cuando la mujer siente que su hogar está solo y percibe que ha perdido su papel protagónico socialmente, así como la función de la vida en pareja, asociado esto con la pérdida de los hijos que han ido contrayendo matrimonio.

Tabla 05

Distribución Numérica y Porcentual del Grado de Instrucción de las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012.

Grado de Instrucción	P.S. Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	19	23.8	0	0	19	11.9
Primaria Incompleta	32	40.0	0	0	32	20.0
Primaria Completa	14	17.5	0	0	14	8.8
Secundaria Incompleta	5	6.3	0	0	5	3.1
Secundaria Competa	6	7.5	0	0	6	3.8
Superior Incompleta	1	1.3	0	0	1	0.6
Superior Completa	3	3.8	80	100	83	51.9
TOTAL	80	100.0	80	100	160	100

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Se aprecia en la tabla 05 que para el caso de las entrevistadas del Puesto de Salud La Tullpuna se tiene que el grado de instrucción de la mayor cantidad de casos es para primaria incompleta con 40.0% y la menor cantidad es para superior incompleta 1.3%.

Sin embargo, para las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca todas tienen el nivel de educación superior completa y esto hace el 100.0%. Se concluye que el total de entrevistadas cuentan con nivel de educación superior completa un 51.9%, mientras que el menor número es para superior incompleta con 0.6%.

(Gómez E. en Género Mujer y Salud en las Américas 2010)¹²² refiere: Factores como la educación, los ingresos y el estado de salud constituyen una parte importante en la preparación y el desenvolvimiento de la mujer de edad avanzada, La estabilidad económica es el factor más importante que está estrechamente ligado con la oportunidad educativa. El grado de escolaridad guarda íntima relación con mejores perspectivas económicas, así como una familia más pequeña y sana, una mejor nutrición y salud en general.

En los Países en desarrollo de la región, la educación de la mujer de edad mediana o avanzada es obviamente inferior a la del hombre en términos de cantidad y calidad. Concordando con la Población de mujeres de La Tullpuna.

Las tasas medianas de alfabetismo de la mujer mayor de 10 años en 1970 en los países en desarrollo oscilaron entre 90% en las zonas urbanas de los países muy urbanizados y 41% en las zonas rurales de los predominantemente rurales. Sin embargo, las tasas de alfabetismo son decepcionantes puesto que no representan la clase de instrucción necesaria para poder conseguir un empleo. Aptitudes como facilidad para las matemáticas y profundos conocimientos teóricos y prácticos de lectura y escritura no son parte de las campañas de alfabetización. Tampoco son la norma en la instrucción primaria de la mujer, que a menudo se realiza en forma de adiestramiento para una función prevista de esposa y madre y constituye una preparación inadecuada para participar en el sistema económico estructurado.

ENDES (2009) encontró que el nivel de educación de las mujeres influye de manera preponderante en su salud, hallando dentro de estas las actitudes y prácticas que se relacionan con el autocuidado de salud.

Lo que permite afirmar que las mujeres de nivel educativo bajo y aquellas que se desempeñan como amas de casa tienen prácticas no muy saludables.

(Kail R. en Desarrollo Humano 2006)¹²³ afirma: Los graduados de universidad tienden menos a sufrir de padecimientos crónicos que las que no asisten a la universidad. Las de escolaridad más baja no solo están más propensas a contraer enfermedades crónicas sino a morir de ellas. Un mejor nivel educativo se acompaña de ingresos más altos, así como de un conocimiento más completo de la influencia de la dieta y el estilo de vida en la salud.

El nivel educativo bajo condiciona temores infundados y la presencia de hábitos nocivos difíciles de erradicar en esta etapa fisiológica.

(Pilcon D. y Villena 2010)¹²⁴ En el estudio “Calidad de vida de las mujeres climatéricas asociada a principales factores psicosociales”, concluyeron, el grado de instrucción influye positivamente y calidad de vida.

(Huamán M. y Burga S. En su estudio “Nivel de conocimiento y actitudes de la mujer frente al climaterio de la zona urbana y rural Distrito de Cajamarca” 2001)¹²⁵, concluyeron: la actitud de las mujeres está influenciada por diversos aspectos: familia, vida sexual, experiencias vividas, por lo tanto el nivel de vida de conocimiento no determina la actitud favorable frente al climaterio.

Tabla 06

Distribución Numérica y Porcentual del Tipo de Ocupación de las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012.

Tipo de ocupación	P.S. Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
	Ama de casa	53	66.3	.0	.0	53
Trabajadora independiente	25	31.3	.0	.0	25	15.6
Profesional	1	1.3	80.0	100.0	81	50.6
Trabajadora del hogar	1	1.3	.0	.0	1	0.6
TOTAL	80	100.0	80	100	160	100

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

La Tabla 6 indica que existe una amplia diferencia en la ocupación que tienen ambos grupos de entrevistadas, tal es así que, en el primer grupo conformado por las mujeres que acuden al Puesto de Salud La Tullpuna lo que más predomina son las amas de casa con 66.3% mientras que en el otro grupo el 100% son profesionales.

Analizando los datos para todas las entrevistadas se tiene que el ser profesional ocupa el primer lugar con 50.6% mientras que en último lugar está conformado por el grupo de trabajadora del hogar con 0.6%.

(Gómez E. En el trabajo “Género Mujer y Salud en las Américas” 2010)¹²⁶ Refiere: En toda la Región, la mujer mayor tiene pocas posibilidades de devengar ingresos cuando su grado de instrucción y sus habilidades son marginales. Aun cuando hay trabajo en el sector estructurado, la nueva tecnología exige nuevo adiestramiento y la mujer de edad avanzada es forzada a retirarse del trabajo para ser reemplazada por la mujer joven que tiene mayores habilidades y menos antigüedad y por tanto, no necesita ser también bien remunerada. La participación económica de la mujer se reduce mucho más rápido con la edad en comparación a la del hombre, la diferencia es de más de 5 a 1: La rápida disminución de la actividad económica formal con la edad apoya la afirmación previa de que las dificultades que afronta la mujer de edad avanzada con poca escolaridad la obligan a salir del sector estructurado o impiden su ingreso inicial. Cuando logra recibir adiestramiento formal debe vencer grandes obstáculos para competir por el puesto. Existe relación entre el ingreso y la educación.

Por no poder encontrar empleo en el sector formal muchas mujeres recurren al trabajo en el sector informal, que presenta menos barreras para el ingreso pero reporta menos ganancias económicas permitiendo que la mujer de edad avanzada atienda sus necesidades como prestación de servicios, asistencia, funciones de reproducción, mantenimiento del hogar que le ha impuesto su cultura y sociedad por la generación de ingresos. A menudo optan por un trabajo temporal de tiempo parcial como una extensión del papel de ama de casa, servicios relacionados con la preparación de alimentos, quehaceres domésticos y cuidado de otras personas oficios escogidos frecuentemente.

La remuneración de estos oficios por ser inferior a la del trabajo formal y por su naturaleza impide que la mujer acumule suficientes ahorros o créditos para obtener pensiones de seguridad social para su vejez.

(Lugones M. y Váldez S. En su trabajo “Caracterización de la mujer en etapa del climaterio” 2012)¹²⁷ en relación con la ocupación, la mayoría de las mujeres trabajan para el 73,6 % de las peri menopáusicas y el 60,4 % de las posmenopáusicas, no existieron diferencias significativas entre ambas. En esta tabla se visualiza que la escolaridad de las mujeres, en su mayoría, es de nivel medio y preuniversitario para ambos grupos, no existen diferencias significativas entre ellos.

Al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales, culturales en la sociedad peruana condicionan que la mujer deba trabajar fuera del hogar situación que influye en la propia salud de la mujer. El Censo Poblacional del 2009 señala que a nivel Nacional el grupo elevado de mujeres de 40 a 50 años son amas de casa y se desempeñan en trabajos eventuales, por lo que en este desempeño resta interés a su atención integral.

Tabla 07

Distribución Numérica y Porcentual del Número de Hijos de las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012.

N° Hijos	P.S. Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
00 - 02	10	12.5	55	68.8	65	40.6
03 - 05	41	51.3	25	31.3	66	41.3
06 - 08	20	25.0	0	0	20	12.5
09 - 11	6	7.5	0	0	6	3.8
12 a +	3	3.8	0	0	3	1.9
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Analizando la Tabla N° 07, se tiene una diferencia bastante amplia respecto al número de hijos de cada mujer, para ambos grupos estudiados. Tal es así, que en el primer caso, las mujeres usuarias del Centro de Salud La Tullpuna, en un 51.3% tienen entre 3 y 5 hijos; mientras que las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca tienen de 0 a 2 hijos, lo cual representa el 68.8% de ellas.

En el total general de los casos se aprecia que el 41.3% de las mujeres entrevistadas, tienen entre 3 y 5 hijos; mientras que las mujeres que tienen más de 12 hijos representa el 1.9%.

(Gómez E. en su trabajo “Género mujer y Salud en la Américas” 2010)¹²⁸ la mujer de edad avanzada de toda la región suele tener una familia numerosa completa. A comienzos del siglo XX, aún en los países desarrollados, un gran número de hijos garantizaba que hubiera suficientes sobrevivientes para asumir las responsabilidades de mantenimiento de la familia y de cuidado de los padres cuando no pudieran trabajar: en la actualidad sobreviven más

niños hasta la edad adulta, la falta de planes viables de seguridad social en muchos países menos desarrollados hace que la necesidad de tener muchos hijos para compartir la carga del apoyo sea casi tan importante hoy en día como antes. La tecnología eficaz de planificación familiar es una opción relativamente nueva para la mujer a menudo no existe o va acompañada de prohibiciones culturales y religiosas que siguen definiéndola como inaceptable.

Por lo que la mujer rural sigue teniendo hijos hasta después de los 40 años especialmente en grupos socioeconómicos bajos y en zonas rurales menos desarrolladas se expone al riesgo de una mayor mortalidad y una amplia gama de problemas ginecológicos. Aumentando el riesgo de mortalidad materna.

Los nacimientos múltiples y con poco intervalo también aumentan el riesgo, así como agravan los problemas de mal nutrición.

(García V. y Maestre en Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio 2003)¹²⁹ concluyeron: no guarda relación el número de hijos con la edad de la presentación de la menopausia ni con las manifestaciones clínicas.

Tabla 08

Distribución Numérica y Porcentual del Tipo de Religión a la que pertenecen las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012

Religión	P.S.Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	48	60.0	73	91.3	121	75.6
Evangélica	32	40.0	7	8.8	39	24.4
TOTAL	80	100.0	80	100.0	160	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

La Tabla 08 Presenta la variable Religión para ambos grupos, tanto en las mujeres entrevistadas que acuden al Puesto de Salud la Tullpuna como las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca se encontró que la religión católica predomina para los dos grupos

con 60.0% y 91.3% respectivamente. Analizando el total de casos el 75.6% pertenece a la religión católica, mientras que solo el 24.4% pertenece a la religión evangélica.

Históricamente las mujeres fueron víctimas de la ignorancia, los tabúes y la estigmatización de la época. Lo que debería ser una transición biológica natural, entre la etapa reproductiva y el resto de la vida, se transformaba dramáticamente en una situación crítica para las mujeres, difícil de asumir, por la ignorancia y el preconceito que dominaba en esos tiempos. La ignorancia y los preconceitos perduraron durante siglos, la religión dominante que juzgaba los acontecimientos biológicos naturales como pecado y cerraba la investigación.

A pesar de los siglos transcurridos las creencias religiosas no han variado mucho llevando a pensar a la mujer que las molestias normales de esta etapa son parte del castigo que debe sufrir por el hecho de ser mujer.

TABLA 09

Distribución de las Manifestaciones Clínicas del climaterio en las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012

Síntomas	P.S.Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Intensos	6	7.5	1	1.3	7	4.4
Moderado	55	68.8	45	56.3	100	62.5
Leve	19	23.8	34	42.5	53	33.1
TOTAL	80	100.0	80	100.0	160	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Prueba Chi2 de homogeneidad: $X^2 = 8.817$, $gl = 2$, $P = 0.012 \rightarrow P < 0.05$

En la Tabla 09 se observa que respecto a los síntomas es el nivel moderado el de mayor predominio con 68.8% en las mujeres que acuden al Puesto de Salud la Tullpuna y 56.3% en las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca respectivamente, el nivel de síntoma leve tiene 23.8% y 42.5% respectivamente y por último está el nivel de síntoma intenso con 7.5% y 4.4% para cada muestra respectivamente. Lo que manifiesta una marcada diferencia entre ambas. En el total de los casos puede decirse que para ambas muestras el nivel de

síntoma con mayor predominio es el moderado con 62.5%, le sigue el nivel leve con 33.31% y por último está el nivel de intenso con 4.4%.

La interpretación de Chi Cuadrado de Homogeneidad: con un P valor < 0.05 , afirma, con 95% de confianza, que los síntomas del climaterio entre las mujeres atendidas en el Centro de Salud La Tullpuna son diferentes, a las de los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Igualmente puede deducirse que la presencia de síntomas en este sector de la población en estudio se deba a las diferencias culturales.

(Kail R. en Desarrollo Humano 2006)¹³⁰ afirma: 13% de mujeres Japonesas y 65% de mujeres occidentales sufrieron de bochornos, cefaleas, zumbidos de oídos y mareos en la etapa de la menopausia concluyendo que estas manifestaciones se deben a factores socioculturales.

(Botero J. Juviz A. En Obstetricia y Ginecología)¹³¹ En su estudio longitudinal prospectivo realizado en mujeres antes de la menopausia indica que el 90% no tenían ninguna dificultad no veían a la menopausia como algo anormal ni como un problema o una experiencia negativa, sino como algo que ellas podían manejar en forma cómoda por sí mismas y raramente necesitaban ayuda médica. Según este reporte las pacientes que más acuden por ayuda son las que manifiestan sintomatología demasiado ruidosa, las que tienen una larga historia de interacción con los sistemas de salud, síndrome premenstrual y otros síntomas psicosomáticos.

De igual modo refiere que lo más característico de este periodo de la mujer es la presencia de oleadas de calor y de sudoración nocturna, cefalea o migraña premenstrual (síntomas físicos) así como trastornos psicológicos tales como depresión, ansiedad, irritabilidad.

Del mismo modo, el autor refiere que los síntomas dependen en buena parte del exceso relativo de estrógenos por la ausencia de la progesterona, trayendo como consecuencia ciclos anovulatorios con hemorragias uterina disfuncional etc.

(Gori J. en Ginecología de Gori 2002)¹³² refiere: Que está demostrado que la progesterona reduce el número de receptores estrogénicos y que esta propiedad sería la base de su acción protectora sobre el hiperestrogenismo. Por lo que no todas las mujeres tienen las mismas manifestaciones ya que algunas producen suficiente cantidad de estrógenos endógenos como para preservarlas de tener síntomas y los cambios metabólicos subsecuentes.

El grupo de mujeres asintomáticas es debido a que producen suficiente cantidad de estrógenos endógenos.

(Obregón A. en Williams Ginecología)¹³³ Los principales problemas psicológicos agudos son las depresiones mayor y menor, Se ha demostrado que la labilidad emocional mejora con la administración de estrógenos.

(Laufer R. y Gambone C. en Climaterio: Menopausia, Peri menopausia y posmenopausia.2007)¹³⁴ Refieren: Alrededor de 85% de las mujeres experimentan bochornos cuando cursan el climaterio, pero casi la mitad de éstas no se sienten muy alteradas por ellos. Como consecuencia de los bochornos nocturnos frecuentes es posible que la mujer presente aumento de fatiga e irritabilidad. Algunas se quejan de confusión pérdida de la memoria, letargo e incapacidad para enfrentar situaciones así como depresión ligera, pérdida del sentido del equilibrio, la depresión grave, incluso la moderada sostenida, no debe atribuirse sólo a los cambios hormonales del climaterio.

(Pacheco J. en su libro Ginecología y Obstetricia 2007)¹³⁵ manifiesta que los bochornos son desencadenados por estrés emocional, miedo y ansiedad. Ocurre en alrededor de 75% de mujeres europeas, 80% de ese grupo lo tendrán por más de un año y una de cada 5 por más de 5 años, en su estudio también encontró 59% manifestó bochornos, 12% eran frecuentes, persistentes y molestos, 20% tenían preferentemente sudoración.

(Vega G. y Hernández A. en Incidencia y Factores Relacionados con el Síndrome Climatérico 2012)¹³⁶ refiere que la sintomatología de la mujer climatérica depende de factores hormonales, psicológicos y socioculturales, se calcula que aproximadamente el 85% de las mujeres presentan algún síntoma relacionado con la menopausia así mismo, menciona que Lock que en un estudio realizado en Japón encontró una frecuencia del 67%; Yokinen y Rautava, en Finlandia, con mujeres en la peri menopausia y postmenopausia alcanzaron una frecuencia de la sintomatología de 55 al 58%; Casa Madrid, en la ciudad de México, observó que en más del 70% de las mujeres en esta etapa presentan algún conflicto emocional de intensidad variable. En el presente estudio donde se encuestaron a mujeres aparentemente sanas, que se encontraban en la salas de espera como acompañantes de pacientes que recibieron atención médica en una unidad de Medicina Familiar, el 67% de ellas refirieron algún síntoma relacionado con el climaterio, cifra similar a los reportado por la mayoría de los investigadores a nivel mundial.

(Vega G. y Hernández A. en Incidencia y Factores Relacionados con el Síndrome Climatérico 2012)¹³⁶, concluyen que el entorno familiar conyugal y una predisposición negativa ante la menopausia favorece la presentación de síntomas climatéricos por lo que es importante un manejo integral e interdisciplinario.

(Ramírez H. Chile En su estudio acondicionamiento físico y estilos de vida 2004)¹³⁷ concluye que la actividad física traducida como acondicionamiento físico debe ser parte de los estilos de vida saludable y juega un papel importante en la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles.

TABLA 10

Distribución de las Manifestaciones Clínicas del climaterio, según Dimensiones de las Entrevistadas en la ciudad de Cajamarca. 2012

Dimensión	Nivel	TULLPUNA		DOCENTE UNC		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
Psicológica	Bajo	6	7.5	10	12.5	16	10.0
	Medio	21	26.3	43	53.8	64	40.0
	Alto	53	66.3	27	33.8	80	50.0
	Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0
Física	Leve	31	38.8	43	53.8	74	46.3
	Moderadas	45	56.3	35	43.8	80	50.0
	Intensos	4	5.0	2	2.5	6	3.8
	Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0
Sociales	Bajo	8	10.0	6	7.5	14	8.8
	Medio	71	88.8	49	61.3	120	75.0
	Alto	1	1.3	25	31.3	26	16.3
	Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

En la Tabla 10, los resultados encontrados muestran que las mujeres que acuden al Centro de Salud La Tullpuna en su mayoría (66,3%) tienen un nivel alto respecto a la dimensión psicológica, en cambio en las docentes universitarias tienen predominio el nivel medio representado por el 53,8%. Sin embargo, en la dimensión física se observa que las mujeres

usuarias del Centro de Salud la Tullpuna tienen un nivel moderado de síntomas con el 56,3% y las mujeres docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca tienen un nivel leve con el 53.8%.

(Pacheco J. en *Climaterio y Menopausia 2007*)¹³⁸ refiere que los síntomas tempranos comprenden bochornos y sudoración como síntomas vasomotores desencadenados por desequilibrio en los centros vasomotores del hipotálamo, la ansiedad irritabilidad y cambios de humor se presentan por la influencia de las hormonas sexuales como estrógeno y progesterona y testosterona en el cerebro dependiendo de los receptores hormonales y de la habilidad de las hormonas.

Del mismo modo refiere el autor que la depresión en la menopausia que los estudios indican que existe una fuerte asociación entre la enfermedad depresiva actual y la pasada, En la peri menopausia desde cuatro años antes y después de la menopausia, un 35% de pacientes con enfermedad depresiva actual o pasada experimenta un primer episodio en esta época, Aumentando también el riesgo de depresión en el periodo peri menopáusico prolongado.

(Kail R. y Cavanaugh J. en *Desarrollo Humano 2006*)¹³⁹ Revelaron que las mujeres Estadounidenses de origen Europeo mostraban menos síntomas somáticos después del climaterio, en cambio las afro estadounidenses presentaban más síntomas relacionados con el estrógeno y menos síntomas somáticos que el resto del grupo. En las latinas se observaban un latido cardíaco más rápido e incontinencia urinaria, mientras que las estadounidenses de origen asiático se registran menos síntomas de cualquier tipo.

Los bajos niveles de estos síntomas en este sector de la población provienen de diferencias culturales, descubrieron que el 13% de mujeres Japonesas cuyos periodos menstruales iban haciéndose irregulares habían sufrido de bochornos en las dos semanas anteriores, en comparación con casi la mitad de las mujeres occidentales. Menos del 20% de mujeres Japonesas habían tenido molestias físicas, frente a casi 65% de las mujeres occidentales, que padecían más cefaleas, dolor en los hombros, zumbido de oídos y mareos. Sosteniendo que la respuesta está en la fuerza de los factores socioculturales.

Así como menciona que en Japón el gobierno cataloga el síndrome de la menopausia como un problema moderno de las mujeres que disponen de demasiado tiempo. Con esta actitud es difícil saber si la menopausia es un problema diferente o si hay renuencia a describir la experiencia verdadera.

(Aldana E. en psicología de la Reproducción Humana 2011)¹⁴⁰ manifiesta: Este nuevo ciclo de vida permite desvanecer la percepción que se tenía de la mujer como dadora de la vida fundamentalmente lo que dejaba sus demás potenciales semianulados. La sintomatología psicológica de tipo disfuncional se incrementa con los hechos o cambios como duelos por la pérdida de la función reproductora, sensación de abandono debido a la independencia de los hijos así como su salida del hogar, duelo y depresión por enfermedad o muerte de personas cercanas, etc. Es en este sentido que el climaterio es una etapa crítica, por instaurarse cambios definitivos en la forma y estilo de vida en la mujer, que repercuten tanto en su medio social como en el familiar.

(Heredia B. y Lugones M. en Principales manifestaciones clínicas psicológicas y de la sexualidad 2011)¹⁴¹ Refieren que las manifestaciones psicológicas también están presentes y dependen de cómo la mujer contemple y acepte o no esta etapa de transición, como ha sido señalado. Las más frecuentes fueron la ansiedad y la depresión. En algunas mujeres, la perimenopausia representa un período de mayor vulnerabilidad a la aparición de síntomas depresivos. Aquellas que experimentan otros síntomas, como sofocos e insomnio, parecen encontrarse especialmente en riesgo de presentar depresión durante este período. Además, las pacientes con antecedentes de depresión, en particular durante episodios relacionados con la reproducción, también parecen tener mayor riesgo de depresión durante el período en estudio.

(Vega G. y Hernández A. en Incidencia y Factores Relacionados con el Síndrome Climaterio 2010)¹⁴² refieren que Las mujeres con una autoestima baja y una actitud negativa frente a la etapa del climaterio presentan mayores molestias que se asociaron más frecuentemente al síndrome climatérico ($p < 0,05$)

(Llanos F. en el trabajo Conocimientos Actitudes y Sintomatología de la menopausia en Mujeres de un distrito rural 2004)¹⁴³ Encontró que con respecto al conocimiento sobre la menopausia, el 90,72% respondieron que era un proceso natural (fisiológico) anterior a la vejez, el 15,46% refirió que era el cese definitivo del periodo reproductivo y el 9,28% refirió no conocer respecto al tema. Con respecto a las actitudes referidas, el 85,56% refirió alivio por el hecho de no poder quedar embarazada nuevamente, mientras el 69,07% refirió cierta frustración por la pérdida de los periodos menstruales.

No refirieron sintomatología alguna un 16,49% de las mujeres entrevistadas

El 45,36% indicó sintomatología mayoritariamente referida a cambios vasomotores, tales como bochornos en el 88,63% y transpiración en el 85,56%.

El 10,30% manifestó alteraciones en la salud mental, tales como sensación de tristeza no explicable en el 80%, sensación de soledad en el 50% y sensación de querer quitarse la vida en el 40%.

De las pacientes con sintomatología, el 38,14% refirió "percepción de alteraciones en la calidad de vida".

Por lo antes mencionado el autor afirma que pese a un conocimiento mayoritario general acerca de la menopausia, aún existen mitos y creencias arraigadas propias de la idiosincrasia de las mujeres de un distrito rural típico de las serranías peruanas.

(Dulanto, R. En estereotipo psico-sociocultural de la menopausia en las mujeres peruanas 2002)¹⁴⁴ concluye: entre los síntomas más asociados con la menopausia se hallan los "achaques" cambios de ánimo, bochornos y cansancio.

(Blumeli, J. Cruz, M. Aparicio En su estudio La transición menopáusica, fisiopatológica, clínica y tratamiento 2006)¹⁴⁵ concluyeron: la sintomatología climatérica puede aparecer antes que los trastornos del ciclo y determinar la calidad de vida. Durante la perimenopausia hay aumento del riesgo cardiovascular.

(Lugones M. Valdez S. Pérez J. En su estudio Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio 2008)¹⁴⁶ concluye: el predominio de los síntomas psíquicos de las mujeres postmenopáusicas, sobresaliendo la ansiedad; en las perimenopáusicas y en las postmenopáusicas la depresión; la mayoría de las manifestación psíquicas como inseguridad, miedo, intranquilidad e irritabilidad, etc. predomina en la postmenopáusica.

TABLA 11

**Distribución Numérica y Porcentual de los Estilos de Vida en las
Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca.**

Estilos de Vida	P.S. Tullpuna		Docente UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Poco Saludable	47	58.8	3	3.8	50	31.3
Regularmente Saludable	33	41.3	69	86.3	102	63.8
Saludable	0	0	8	10.0	8	5.0
TOTAL	80	100.0	80	100.0	160	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Prueba Chi² de homogeneidad: $X^2 = 59.426$, $gl = 2$, $P = 0.000 \rightarrow P < 0.05$

La Tabla 11 permite observar que del total de mujeres encuestadas el mayor porcentaje 63,8% tienen un estilo de vida regularmente saludable; el 31,3% con un estilo de vida poco saludables y sólo el 5% tiene un estilo de vida saludable.

Mientras tanto se observa que las usuarias del Centro de Salud de Tullpuna presentan un estilo de vida poco saludable con 58,8% cabe destacar que ninguna mujer practica un estilo de vida Saludable.

La interpretación Chi Cuadrado de Homogeneidad: con un P valor < 0.05 , puede afirmarse, con 95% de confianza, que los Estilos de Vida entre las mujeres atendidas en el Centro de Salud La Tullpuna son diferentes con las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca.

(Morel V. en Estilos de vida saludables 2010) ¹⁴⁷ Los Estilos de vida saludables tienen un abordaje multifactorial de variables que, a su vez, presentan una gran transversalidad. Se pueden visualizar entonces núcleos como la educación, los ingresos, los hábitos, la estructura familiar, el empleo, entre otros. Abarcan, dimensiones diferentes según el escenario en el cual se trabaja o se interviene.

(Botero J. en Obstetricia y Ginecología 2008)¹⁴⁸ afirma: que en estudios longitudinales en grupos de mujeres peri menopáusicas, seguidas en forma prospectiva durante el desarrollo de ésta indicaron que el 90% no tuvieron ninguna dificultad, no veían la menopausia como algo anormal ni como un problema o una experiencia negativa, sino como algo que se puede manejar en forma cómoda y por sí misma.

El 10% restante que manifiestan sintomatología ruidosa, tienen una larga historia en los sistemas de salud, de síndrome premenstrual y otros síntomas psicosomáticos.

(Du Gas B. en Tratado de Enfermería 1987)¹⁴⁹ en referencia al estilo de vida a las formas de vida de las personas de una colectividad y sus modos de vida personales que tienen un impacto importante en la salud. El modo de vida se determina por las circunstancias y las decisiones que toman las personas de manera consiente sobre la forma que eligen para vivir. En gran parte del mundo en desarrollo muchos problemas de salud se atribuyen directamente a una falta de los elementos esenciales de la vida, como nutrición y alojamientos adecuados, por la pobreza extensa entre grandes sectores de la población.

Además de los factores circunstanciales existe el elemento de las decisiones personales que influyen en el modo de vida individual y familiar.

(Ubeda M. En el estudio Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas 2007)¹⁵⁰, concluyó: una dieta más adecuada está asociada a un estilo de vida saludable.

(Llanos F. Conocimiento, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana 2004)¹⁵¹ concluye; la aceptación de la menopausia como un proceso normal con cambios en el estilo de vida.

TABLA 12**Estilo de Vida de las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012.**

DIMENSIONES	PS TULLPUNA		DOCENTE UNC		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
APOYO INTERPERSONAL						
Bajo	8	10.0	6	7.5	14	8.8
Medio	71	88.8	49	61.3	120	75.0
Alto	1	1.3	25	31.3	26	16.3
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0
AUTORREALIZACION						
Bajo	1	1.3	1	1.3	2	1.3
Medio	78	97.5	27	33.8	105	65.6
Alto	1	1.3	52	65.0	53	33.1
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0
EJERCICIO FISICO						
Bajo	79	98.8	38	47.5	117	73.1
Medio	1	1.3	37	46.3	38	23.8
Alto	0	0	5	6.3	5	3.1
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0
MANEJO DE ESTRÉS						
Bajo	63	78.8	30	37.5	93	58.1
Medio	17	21.3	47	58.8	64	40.0
Alto	0	0	3	3.8	3	1.9
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0
NUTRICION						
Bajo	45	56.3	8	10.0	53	33.1
Medio	35	43.8	58	72.5	93	58.1
Alto	0	0	14	17.5	14	8.8
Total	80	100.0	80	100.0	160	100.0
RESPONSABILIDAD EN SALUD						
Bajo	67	83.8	32	40.0	99	61.9
Medio	13	16.3	45	56.3	58	36.3
Alto	0	0	3	3.8	3	1.9
TOTAL	80	100.0	80	100.0	160	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

La Tabla 12 muestra que las mujeres usuarias del Centro de Salud La Tullpuna el 88,8% tienen un nivel medio de apoyo interpersonal mientras que las docentes de Universidad Nacional de Cajamarca con 61,3%.

En la dimensión de autorrealización las mujeres usuarias del Centro de Salud La Tullpuna destaca el nivel medio con 97,5%; sin embargo las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca tienen un alto nivel de autorrealización con 65,0%.

En la dimensión de Ejercicio físico las mujeres del Centro de Salud La Tullpuna y las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca tienen un nivel bajo con 98,8% y 47,5% respectivamente; es decir, practican muy poco algún tipo de deporte o ejercicio físico.

En el manejo del estrés existe una amplia diferencia en ambas muestras; las mujeres que acuden al Centro de Salud La Tullpuna presentan nivel bajo con 78,8% frente a las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca que tienen un nivel medio con 58,8%. En la dimensión de nutrición se encontró que las mujeres que acuden al Centro de Salud La Tullpuna presentan bajo nivel con 56,3% con hábitos alimenticios saludables sin embargo, las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca mantienen un nivel medio de hábitos alimenticios saludables con 72,5%.

En la Responsabilidad en Salud las mujeres que acuden al Centro de Salud La Tullpuna presentan un Bajo nivel con 83,8% frente a las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca que tienen un nivel medio con 56,3%.

Los hallazgos del presente trabajo son similares a los encontrados por Delgado R. en la Investigación (Estilos de vida y Factores socioculturales 2008)¹⁵² en cuanto al estilo de vida son: el 90,9% de las personas tiene un estilo de vida no saludable y solo el 9,1% tiene estilo de vida saludable.

Del mismo modo, Reyes A. en el trabajo (Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor 2009)¹⁵³ Refiere: Los adultos mayores no tienen un estilo de vida saludable, relacionado con factores económicos, culturales y deficiente información. El estilo de vida es un aspecto de la actividad vital de la persona y contribuye a desarrollar factores de riesgo para diferentes enfermedades.

(Mellado T. Estilo de vida Precursor de factores de riesgo cardiovascular 2011)¹⁵⁴ Concluye: Los factores de riesgo en la población estudiada fueron obesidad e hiperglucemia que pueden explicarse por la baja percepción que se tiene de la relación del estilo de vida con el riesgo para la salud.

(Giraldo A. en Promoción de la salud como estrategia para el fomento de Estilos de vida saludables 2011)¹⁵⁵ concluye: La promoción de la salud se constituye como una estrategia encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual forma la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables.

(Kail R. en Desarrollo Humano 2006)¹⁵⁶ afirma: Los trastornos causados por el estrés tardan tiempo en manifestarse, debido a la pérdida gradual de la capacidad física, conforme los cambios normales del envejecimiento empiezan a hacerse sentir, así como también intervienen los factores psicológicos. En todos los grupos de edades las mujeres tienden más a manifestar que el estrés influye de modo importante en su salud.

Las personas de edad madura presentan los niveles más altos de estrés y las personas mayores de 65 años los más bajos.

La cultura influye profundamente en cómo se percibe el estrés, las diferencias se basan en los valores de la gente.

La gente evalúa de modo distinto los tipos de situaciones que causan el estrés en varias etapas de la adultez.

Un estrés constante suprime el sistema inmunológico aumenta la vulnerabilidad a las infecciones virales, el riesgo de arteriosclerosis e hipertensión, deteriora la memoria y la cognición.

El presente estudio difiere con los resultados encontrados en la investigación realizada por Huamán M. y Burga S. (Nivel de conocimiento y actitudes de la mujer frente al climaterio de las zonas urbana y rural Distrito de Cajamarca 2001)¹⁵⁷ Quienes afirman que el Nivel de conocimientos no determina la actitud favorable o desfavorable frente al climaterio.

(Rojas A. En su estudio “Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres pre menopáusicas del asentamiento humano Cerro el Sauce Alto 2003)¹⁵⁸ concluyó, el 48% de mujeres realizan prácticas saludables, como recibir atención psicológica, sentirse apreciada e importante y con buena comunicación familiar, pero no realizan prácticas saludables como ejercicio.

TABLA 13

**Estilo de Vida y su Relación con los Síntomas del Climaterio
en las Entrevistadas en la Ciudad de Cajamarca. 2012**

Estilo de Vida	Manifestaciones Clínicas del climaterio							
	Leves		Moderados		Intensos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Poco Saludable	5	18.87	10	35.00	35	71.43	50	31.25
Regularmente Saludable	40	75.47	60	60.00	2	28.57	102	63.75
Saludable	3	5.66	5	5.00	0	0.00	8	5.00
Total	48	100	75	100	37	100	160	100

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Prueba Chi² Independencia $X^2 = 9.784$, $gl = 4$, $P = 0.044 \rightarrow P < 0.05$

Estadísticamente se encontró un nivel de significancia de $P < 0.05$, lo cual indica que existe relación entre los Estilos de Vida y el nivel de síntomas de la menopausia, de las mujeres de la ciudad de Cajamarca. Con esto, se ha probado la hipótesis de la investigación y se ha cumplido el objetivo general.

(Heredia B. y Lugones M. en Principales Manifestaciones clínicas psicológicas y de la sexualidad 2011)¹⁵⁹ Refiere: Por lo tanto, es importante dentro del manejo recomendar actividad física, ingesta adecuada de calcio, dieta baja en carnes rojas, sal, alcohol y evitar el cigarro. En nuestro estudio la mayoría de encuestadas consideró importante la actividad física, la ingesta baja de sal, la ingesta baja de grasa y el no fumar. Pero la ingesta de leche fue deficiente, lo que muestra el bajo aporte de calcio en la dieta de nuestras pacientes, especialmente si se considera que una taza (240 ml) de leche contiene 27,5 a 30 mg de calcio. De allí la necesidad de fomentar una dieta adecuada y un estilo de vida con hábitos que contribuyan a evitar problemas.

El nivel educativo bajo condiciona temores infundados y la presencia de hábitos nocivos que son difíciles de erradicar.

Las manifestaciones clínicas del síndrome climatérico son la expresión de los cambios neuroendocrinos (hipo estrogenismo y aumento de las gonadotrofinas) secundarios, al cese de la función reproductiva.

Los trastornos menstruales del climaterio se deben a la producción alterada de progesterona por una fase lútea inadecuada por insuficiencia ovárica alterando el equilibrio hormonal.

(Panay N. en Ginecología y Obstetricia 2009)¹⁶⁰ afirma que las mujeres que son más activas tienden a sufrir menos síntomas de la menopausia, pero no todos los tipos de actividad producen mejoría en los síntomas. El ejercicio de alto impacto y poco frecuente puede empeorar los síntomas, siendo mejor el ejercicio regular aeróbico sostenido. La ingesta de alcohol y cafeína aumentan la gravedad y frecuencia de los síntomas vasomotores.

(Gori J. en Ginecología de Gori 2002)¹⁶¹ afirma que la a sintomatología de algunas mujeres es por la producción de estrógenos endógenos suficientes.

(Heredia B. y Lugones M. En el trabajo titulado Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia 2011)¹⁶², concluyeron; los síntomas psíquicos están presentes en la misma proporción que los físicos y siendo los más frecuentes la depresión y la ansiedad, así como el sentimiento de minusvalía mostró los más bajos porcentajes.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de la presente investigación, de acuerdo a los objetivos e Hipótesis planteados, permitieron arribar a las siguientes conclusiones:

- Existe relación entre los estilos de vida y las manifestaciones clínicas del climaterio en docentes universitarias y mujeres menopáusicas que acuden al Puesto de Salud la Tullpuna.
- En forma general destacan en amplia mayoría los estilos de vida regularmente saludable, seguido en menor cantidad de los estilos de vida poco saludables y finalmente escasamente los estilos de vida saludables.
- Las manifestaciones clínicas del climaterio de las mujeres en estudio destacan los síntomas moderados en ambos grupos seguida de síntomas leves y finalmente los síntomas intensos en baja proporción en ambos grupos.
- En los estilos de vida saludables no hay presencia de manifestaciones clínicas intensas. Y manifestaciones clínicas leves y moderadas en poca cantidad.
En los estilos de vida poco saludables encontramos que las manifestaciones clínicas intensas predominan, seguidas de las manifestaciones moderadas y finalmente leves.
En los estilos de vida regularmente saludables predominan las manifestaciones clínicas moderadas poco más de la mitad y en menor cantidad estilos de vida regularmente saludables con manifestaciones clínicas intensas.
- En la población estudiada según dimensiones de las manifestaciones clínicas del climaterio se encontró que en la dimensión psicológica la población de la Tullpuna presenta un nivel alto y las docentes nivel medio.
- En la dimensión física las manifestaciones moderadas tienen un alto porcentaje en la población de la Tullpuna, y en las docentes leves.

- En las dimensiones de los estilos de vida encontramos:
 - El apoyo Interpersonal destaca con un nivel medio en ambos grupos
 - La autorrealización el nivel medio con un total mayor a la mitadLa población femenina de la Tullpuna con un 97.5%, y en la docencia universitaria destaca una alta autorrealización con 65 %
 - El ejercicio físico en total predomina el nivel bajo con 73,1% y medio en la docencia con 23.8%.
 - En el manejo del estrés el nivel bajo 58,1% en total y la destaca la docencia con un nivel medio con 58.8%.
 - En la nutrición el nivel medio 58,1% total y la población de la Tullpuna con nivel bajo 56.3%,y cero en alto, la docencia con un 72.5% en medio y alto 17.5%.
 - En la responsabilidad en salud destaca el nivel bajo con 61,9% en total, en la Tullpuna 83,8% y docentes universitarias 40,0%.

- Las mujeres que practican estilos de vida poco saludables declaran intensas manifestaciones clínicas del climaterio en un nivel alto.
- Las que practican estilos de vida regularmente saludables presentan en su mayoría manifestaciones clínicas moderadas.
- La población estudiada que mantiene estilos de vida saludable en baja cantidad presentan manifestaciones clínicas leves a moderadas.
- Es importante recordar que todo problema de salud no es meramente biológico o psicológico puro, sino que es una mezcla compleja de componentes físicos, psíquicos y sociales y esta etapa de la vida es rica en manifestaciones en todos estos aspectos. Por este motivo, el climaterio y la menopausia no pueden considerarse como fenómenos aislados.
- Las necesidades nutricionales y los hábitos alimenticios cambian a lo largo del ciclo vital, el metabolismo corporal y el proceso digestivo disminuyen con la edad.

- Los factores sociales de mayor importancia para la salud son el nivel socioeconómico y la escolaridad, relacionándose respectivamente.

- La etapa climatérica no significa el fin de la sexualidad femenina por lo que debe vivir con actitud optimista y aceptación.

SUGERENCIAS AL GOBIERNO REGIONAL Y LOCAL

1. Implementar en los Centros de salud y Centros laborales de todo tipo programas dirigidos a las mujeres climatéricas y su familia con el objetivo de prepararlos física y psicológicamente para esa etapa y de ese modo incidir positivamente en los estilos de vida.
2. Fomentar programas educativos, informativos dirigidos a la población en general sobre los beneficios de la práctica de estilos de vida saludables con hábitos que contribuyan a evitar problemas a largo plazo.

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD

1. Preparar y brindar talleres teórico práctico de psicoprofilaxis climatérica y ofrecerlos a la comunidad en los establecimientos de salud de diferentes niveles como actividades preventivas promocionales.
2. Educar e informar a la familia y Comunidad sobre los beneficios de los estilos de vida saludables.

A TODAS LAS MUJERES

1. El mantener estilos de vida saludable, porque hace más llevaderos los síntomas de la menopausia y promueve una buena salud.
2. Realizar ejercicio físico regularmente para prevenir el aumento de peso y mejorar el sueño, el ánimo y fortalecer los huesos. Recomendar actividad física regular.
3. Mantener un régimen de alimentación saludable de acuerdo a la edad, peso y actividad física. dieta saludable, baja en grasa, sal y azúcar.

4. Durante el climaterio y aún antes se recomienda realizar mejoras en los estilos de vida.
5. Optar por una dieta rica en Calcio, promoviendo el consumo de leche y derivados. Aconsejar tomar cuatro raciones de productos lácteos al día.
6. Se sugiere la exposición al sol y una alimentación equilibrada para cubrir las necesidades de vitamina D para la fijación del Calcio y regulación en los Huesos.
7. Controlar la ingesta de grasas usando aceites vegetales, excluir de la alimentación las grasas de origen animal.
8. Concientizar en el uso controlado de la sal como prevención de la hipertensión arterial.
9. Educar en el consumo de legumbres y aumentar el consumo de frutas verduras y cereales por su aportación de vitaminas, minerales y fibra.
10. Educar en el consumo de agua promedio dos litros diarios para prevenir la deshidratación y mejorar la eliminación de los desechos.
11. Instruir en la necesidad del consumo de zumos de frutos como naranja, limón, toronja, por su aporte en vitamina C.
12. Instruir sobre los efectos dañinos en el consumo de café, tabaco, té y demás bebidas estimulantes y las reacciones del sistema circulatorio y periférico. Concientizar en los beneficios del ejercicio diario como caminar, nadar, etc, por su gran beneficio en el corazón y su acción de prevención retardo de la osteoporosis.
13. Para preservar al máximo la calidad de vida las mujeres deben ser protagonistas en el cuidado de su salud por lo tanto debe informarse para la prevención y adopción de hábitos saludables.
14. Fomentar la orientación y Consejería a la pareja y/o familia más cercana a la mujer climatérica sobre esta etapa para que por medio del conocimiento comprendan y apoyen el transcurso de esta etapa fisiológica.
15. Para prevenir las enfermedades la mujer deberá tener una vida activa, sentirse útil y positiva.
16. Recomendar las mujeres que acepten los cambios de su organismo con optimismo y que sigan siendo las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Disponible en: www.who.int/es/. (Consultado diciembre 13, 2011.)
2. Lopategui, C. Fisiología del Ejercicio: Enfermedades Crónicas. Rev. Salud Médica 2000. Puerto Rico. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Salud/crónica/ECronica.html>. (Consultado diciembre 17, 2011)
3. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud. 1987. Disponible en: www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481 (Consultado, diciembre 17, 2011.)
4. Torres R., Gran M. Panorama de salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Pública v. 29 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2003. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300002. (Consultado diciembre 13, 2011)
5. Llanos, F., Felix K. Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Rev Med hered v.15 n.1 Lima ene./mar. 2004. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s1010>
6. Pacheco, J. Ginecología y obstetricia 2ª edición Lima 2007
7. Dawood, Yusoff. Ginecología 2ª edición, Buenos Aires 1994
8. Berríos X. y Jadue L. Prevención primaria de enfermedades crónicas del adulto: intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar Revista Médica de Chile. 1993; vol. 64 n° 6 p. 397-402.
9. Sociedad Peruana del Climaterio. Disponible en: <http://www.climaterio.org.pe/>. (Consultado enero 03, 2012)
10. Subirats, J. Gomar, R. Análisis de los factores de exclusión social Fundación BBA disponible en: www.fbbva.es/TLFV/dat/exclusiónsocial.pdf.
11. Forero, E. OMS derechos Sexuales Reproductivos. Colombia 2008 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

12. Pelcastre-Villafuerte B, Garrido-Latorre F. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. Rev. Salud Publica México 2001; Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342001000500004&script=sci_arttext.(Consultado enero 12, 2012)
13. García C.; Maestre S. Caracterización de la Mujer en la Etapa del Climaterio. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología 2003. La Habana, Cuba. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000100006.(Consultado diciembre 15, 2011).
14. Souza, Y. Mario M. Menopausia y comorbilidad psiquiátrica. Rev. Mexicana de Neurociencia 2001 vol 2 N° 4 p. 232-234. Disponible en: URL:http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&idarticulo=13895&id_seccion=1130&id_ejemplar=1425&id_revista=91 (consultado noviembre 07,2011).
15. Ramírez, Henry. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. Revista Colombia Médica vol. 33 N° 1. Corporación Editora Médica del Valle. 2004. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/3602>.
16. Vega, G. Hernández, A. Leo, G. Incidencia y Factores relacionados con el síndrome Climatérico en una población de mujeres mexicanas Mexico 2010 (Consultado enero 12, 2012)
17. Úbeda N, Basagoiti M, Alonso E. y Varela G. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. Nutrición Hospitalaria N°3 Madrid mayo-jun. 2007. Rev. Nutrición Hospitalaria 2007 vol. 22 N°3 p. 313-321. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112007000400005&script=sci_arttext. (Consultado, enero 2, 2012.)
18. Gómez C., Carmi C., Espinosa V., Sepúlveda Silvia, López F. Conocimiento que tienen sobre el climaterio mujeres entre 40-64 años usuarias de atención primaria. Rev. chilena de obstetricia y ginecología 2010 vol. 72 N°5 p. 321-328.
19. Heredia B., Lugones M., Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia: Rev. Cubana Obstetricia Ginecológica v.33 n.3, sep.-dic. 200 **versión On-line** ISSN 1561-3062 www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?...id.. (Consultado, octubre 06, 2011)
20. Lugones M. Valdez S. Pérez, J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología **versión On-line** ISSN1561-3062 scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013. (Consultado, octubre 01, 2012)

21. Lugones, M. Navarro, D. "Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. 2006 Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. **versión On-line** ISSN 1561-3062 disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138. (Consultado, octubre 01, 2012)
22. Rojas A. Prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres Pre menopaúsicas del Asentamiento Humano Cerro del Sauce Alto del Distrito San Juan de Lurigancho. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
23. Dulanto R, Leey J, Díaz M, Villena A, Seclén S. Estereotipo psico- socio-cultural de la menopausia en mujeres peruanas: estudio piloto en San Juan de Lurigancho – Lima. Acta médica peruana 2002; vol. 19 n° 4 p. 5-11.
24. Llanos, F., Félix K. Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Revista Médica herediana volumen15, Lima 2004. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000100006.
25. Pilcón D. y Villena M. "Calidad de vida en mujeres climatéricas asociada a principales factores biosociales". Huanchaco Trujillo. Universidad Nacional de Cajamarca. 2010."
26. Huamán M., Burga S. Tesis "Nivel de conocimientos y Actitud de la mujer frente al climaterio de las Zonas urbana y Rural-Distrito de Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca. 2001.
27. García P. Diccionario filosófico. Manual de materialismo filosófico. Una introducción analítica. Edición Biblioteca Filosófica Español. 2000.
28. Anierte N. La salud y el contexto cultural. tabaco y alcohol, nutrición y ejercicio físico. 2011. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm (consultado diciembre 2012)
29. De Roux G Participación social y sistemas locales de salud. En: Paganini JM, Capote RS, ed. Los sistemas locales de salud. Washington: OPS, 2011.
30. Carta adoptada en la conferencia internacional de promoción de la salud. Traducido por Duncan K., Maceiras L. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Rev. Salud Pública 2001 volumen 1 Disponible en: webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf. (Consultado, diciembre 2011)

31. De los Ríos R. 1990 Género salud y desarrollo: un enfoque en construcción Rebeca de los Ríos OPS Washington Estados Unidos de América Publicación Científica N° 541 Et. al. OMS. Disponible en: www.who.int/es/.(Consultado diciembre 13, 2011)
32. La salud en las Américas OPS 2002 Publicación científica N° 587 volumen I. www.who.int/es/. (Consultado diciembre 13, 2011)
33. Et. al. De los Ríos, R. 1990 Género salud y desarrollo: un enfoque en construcción OPS Washington D.C. Estados Unidos de América Publicación Científica N° 541.
34. Colomer C. Donat, F.: Enfermería Maternal y Ginecológica, Barcelona, España. Masson-Salvat. 2001.
35. Et. al. De los Ríos R. 1990 Género salud y desarrollo: un enfoque en construcción Rebeca de los Ríos OPS Washington Estados Unidos de América Publicación Científica N° 541
36. Et. al Colomer, C. Donat, F.: Enfermería Maternal y Ginecológica, Barcelona, España. Masson-Salvat. 2001.
37. Et. al. La salud en las Américas OPS 2002 Publicación científica N° 587 volumen I. www.who.int/es/.(Consultado diciembre 2011)
38. Et. al. De los Ríos R. 1990 Género salud y desarrollo: un enfoque en construcción Rebeca de los Ríos OPS Washington Estados Unidos de América Publicación Científica N° 541
39. Et. al Colomer, C. Donat, F.: Enfermería Maternal y Ginecológica, Barcelona, España. Masson-Salvat. 2001.
40. Lalonde 1974 disponible en: [ocw.unican.es/salud/salud salud/2.1 factores determinantes sal...www.fam.b](http://ocw.unican.es/salud/salud%20salud/2.1_factores_determinantes_sal...www.fam.b) (Consultado en diciembre 2011).
41. Morales, A. Historia natural de la enfermedad y Niveles de prevención Universidad de Puerto Rico 201 Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención www.rcm.upr.edu/.../Unidad.../Rodriguez_Historia-natural-Prevencion.
42. Villar, M. Factores determinantes de la Salud: Importancia de la prevención. Acta médica Peruana, versión OnLine ISSN. www.scielo.org.pe/scielo.php?

43. Gavidia, V. Salud Educación y Calidad de vida, Editorial Magisterio, Bogotá 1998
44. Lugones M. Ramírez, M. 2010. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia. wwwbus.sld.cu/revistas. (Consultado diciembre 2013)
45. Morales, F. Psicología de la Reproducción Humana un enfoque Integral, Trillas México 2008.
46. Pacheco J. Climaterio y menopausia. Ginecología y Obstetricia Perú, 1994.
47. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
48. Gurucharri A. Visión del climaterio desde la ginecología antropológica Argentina. Rev. Menopausia y Patologías asociadas.2009 Disponible en: www.climaterio.cl (Consultado diciembre 2011)
49. Borelli, G. Climaterio y Depresión. Disponible en: medicina.uach.cl/.../1/.../Trabajo_Diplomado_Puerto_Montt.pdf. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer .. – SciELO (Consultado en diciembre 2012)
50. Langer, M. Maternidad y sexo. Editorial Paidós. Argentina 1999
51. Mead, M. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer www.scielo.org/ve/scielo.php?pid=S1316-37012008000100001
52. Et. al. Langer, M. Maternidad y sexo. Editorial Paidós. Argentina 1999
53. Torres, R. Enfermería Obstétrica y Ginecológica, Lexus, España 2012
54. Kail, R.,Cavanaugh,J. Desarrollo Humano, Una perspectiva del ciclo vital Thompson Editores S.A. México 2006.
55. Gurucharri A. Visión del climaterio desde la ginecología antropológica Argentina. Rev. Menopausia y Patologías asociadas.2009 Disponible en: www.climaterio.cl (Consultado diciembre 2011)
56. Borelli, G. Climaterio y Depresión. Disponible en: medicina.uach.cl/.../1/.../Trabajo_Diplomado_Puerto_Montt.pdf. (Consultado diciembre 2011) Revista Venezolana de Estudios de la Mujer-SciELO

57. Et.al. Gurucharri A. Visión del climaterio desde la ginecología antropológica Buenos Aires-Argentina. Rev. Menopausia y Patologías asociadas.2009 Disponible en: www.climaterio.cl (Consultado diciembre 2011)
58. Et. al. Kail, R.,Cavanaugh,J. Desarrollo Humano, Una perspectiva del ciclo vital Thompson Editores S.A. México 2006.
59. Morales, F. Psicología de la Reproducción Humana un enfoque Integral, Trillas México 2008.
60. Et. al. Pacheco J. Climaterio y menopausia. Ginecología y Obstetricia Lima Perú, enero 1994.
61. Et. al. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud 1987. Disponible en: www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481. (Consultado, diciembre 2011.)
62. Maya, L. Componentes de la calidad de vida en adultos mayores. Graw Hill, México 1997
63. Gómez J. Estilos y calidad de vida. Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 90 - Noviembre 2005. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>. Consultado enero, 2011.
64. Ordinola S. Estilos de vida. 2010. Disponible en: dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/10_-_No._6.pdfSimilares. Consultado enero, 2011.
65. Et. al. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud 1987. Disponible en: www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481. (Consultado, diciembre, 2011.)
66. Maslow A. El hombre autorrealizado. Editorial. Díaz de Santos. Madrid 1991
67. León T, Educación peruana: vientos de cambio. Lima: IPAE: 1994
68. Et. al. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud 1987. Disponible en: www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481. (Consultado, diciembre, 2011.)
69. Castellanos B. Orem, D. Teoria do autocuidado Castellanos BEP São Paulo. 1994.
70. Et. al, Kail, R.,Cavanaugh,J. Desarrollo Humano, Una perspectiva del ciclo vital Thompson Editores S.A. México 2006
71. Lazarus y Folkman Estrés y adaptación disponible en:www.actualpsico.com/tag/lazarus-y-folkman (Consultado julio 2012)

72. Et. al. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud 1987. Disponible en: www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481. (Consultado, diciembre, 2011.)
73. Obregón, A. Williams Ginecología Mc Graw Hill México 2009
74. Et. al. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud 1987. Disponible en: www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481. (Consultado, diciembre, 2011.)
75. Farci, A. Harrison Manual de Medicina. McGrill. 17 Edición. México. 1998.
76. BerKow, R. 1994) Manual MerK Grupo Editorial Océano, España 1994
77. Et. al. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud 1987. Disponible en: www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481.(Consultado, diciembre 17, 2011.)
78. Pacheco, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana, Editores Asociados, Perú 2007.
79. Berek, J. Ginecología de Novak Healt España 2008
80. Et. al. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
81. Et. al. Torres, M. Enfermería Obstétrica y Ginecológica, Lexus, España 2011.
82. Et. al. Berek, J. Ginecología de Novak Healt España 2008
83. Et. al. Pacheco, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana, Editores Asociados, Perú 2007
84. Pérez A. Ginecología. 2da edición Chile. Paltex 2003.
85. Et. al. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
86. Pacheco, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana, Editores Asociados, Perú 2007
87. Et. al. Berek, J. Ginecología de Novak Healt España 2008
88. Et, al, Dawood, Y. Ginecología de Copelan editorial Médica Panamericana 2008

89. Pérez, A. Ginecología Publicaciones Técnicas Chile Paltex 2003
90. Et. al. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
91. Et. al. Berek, J. Ginecología de Novak Healt España 2008
92. Et. al. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
93. Et. al. Dawood, Y. Ginecología de Copelan editorial Médica Panamericana 2008
94. Botero, J. Obstetricia y Ginecología Quebec Ord World Bogotá 2008
95. Et. al. Pacheco, J. Ginecología Obstetricia y Reproducción REPAC Perú 2007.
96. Et. al. Berek, J. Ginecología de Novak Healt España 2008
97. Et. al. Pacheco, J. Ginecología Obstetricia y Reproducción REPAC Perú 2007
98. Pérez, A. Ginecología Publicaciones Técnicas Chile PALTEX 2003
99. Et. al. Pacheco, J. Ginecología Obstetricia y Reproducción REPAC Perú 200
100. Et. al. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
101. Et. al. Pacheco, J. Ginecología Obstetricia y Reproducción REPAC Perú 2007.
102. Et. al. Pérez A. Ginecología Publicaciones Técnicas Chile PALTEX 2003
103. Et. al. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
104. Panay, N. Ginecología y Obstetricia de Dewhurst Mc Graw Hill México 2009
105. Et. al. Pacheco, J. Ginecología Obstetricia y Reproducción REPAC Perú 2007.
106. Et. al. Pérez, A. Ginecología Publicaciones Técnicas Chile PALTEX 2003
107. Et. al. Berek, J. Ginecología de Novak Healt España 2008

108. Et. al. Morales F. Psicología de la Reproducción Humana: Un Enfoque Integral, Trillas México 2008.
109. Et. al. Botero, J. Obstetricia y Ginecología Quebec Ord Word Bogotá 2008
110. Et. al. Pender N. Modelo de Promoción 1987. Disponible en: www.slideshare.net/NancySanchez/nola-pender-1276481. (Consultado, diciembre, 2011.)
111. Et. al. Gori, J. Et. al. Dawood, Y. Ginecología de Copelan editorial Médica Panamericana 2008
112. Et. al. Panay, N. Ginecología y Obstetricia de Dewhurst Mc Graw Hill México 2009
113. Et. al. Pacheco, J. Ginecología Obstetricia y Reproducción REPAC Perú 2007.
114. Et. al. Dawood, Y. Ginecología de Copelan editorial Médica Panamericana 2008
115. Dueñas D. Climaterio y Calidad de Vida 2001 <https://www.dmedicina.com/mujer/menopausia-el.nuevo.orden.biológico>.
116. Et.al. Gómez C., Carmi C., Espinosa V., Sepúlveda Silvia, López F. Conocimiento que tienen sobre el climaterio. mujeres entre 40-64 años usuarias de atención primaria. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología 2010 vol. 72 N°5 p. 321-328.
117. Et. al. García C.; Maestre S. Caracterización de la Mujer en la Etapa del Climaterio. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología 2003. La Habana, Cuba. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000100006. (Consultado diciembre 2011)
118. Herrera U. Climaterio y Menopausia, Vivencias de la Poblacion Urbana ... www.herrera.unt.edu.ar/eiii/concepcion/pasins/resverot.htm
119. ET. al. Souza, Y. Mario M. Menopausia y comorbilidad psiquiátrica. Rev. Mexicana de Neurociencia 2001 vol 2 N° 4 p. 232-234. Disponible en: URL:http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&idArticulo=13895&id_seccion=1130&id_ejemplar=1425&id_revista=91. (consultado noviembre 07, 2011)
120. Et. al. Vega, G. Hernández, A. Leo, G. Incidencia y Factores relacionados con el síndrome Climatérico en una población de mujeres mexicanas México 2010 (Consultado enero, 2012)

121. Et. al. Lugones M. Valdez S. Pérez, J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología versión On-line ISSN1561-3062scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013 (Consultado, octubre 2012)
122. Et. al. Gómez C., Carmi C., Espinosa V., Sepúlveda Silvia, López F. Conocimiento que tienen sobre el climaterio mujeres entre 40-64 años usuarias de atención primaria. Rev. Chilena de obstetricia y ginecología 2010 vol. 72 N°5 p. 321-328.
123. Et. al., Kail, R.,Cavanaugh, J. Desarrollo Humano, Una perspectiva del ciclo vital Thompson Editores S.A. México 2006.
124. Pilcón D. y Villena M. “Calidad de vida en mujeres climatéricas asociada a principales factores biopsicosociales”. Huanchaco Trujillo. Universidad Nacional de Cajamarca. 2010.”
125. Huamán M., Burga S. Tesis “Nivel de conocimientos y Actitud de la mujer frente al climaterio de las Zonas urbana y Rural-Distrito de Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca. 2001.
126. Et. al. Gómez C., Carmi C., Espinosa V., Sepúlveda Silvia, López F. Conocimiento que tienen sobre el climaterio mujeres entre 40-64 años usuarias de atención primaria. Rev. Chilena de obstetricia y ginecología 2010 vol. 72 N°5 p. 321-328.
127. Et. al. Lugones M. Valdez S. Pérez, J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología versión On-line ISSN1561-3062scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013 (Consultado, octubre, 2012)
128. Et. al. Gómez C., Carmi C., Espinosa V., Sepúlveda Silvia, López F. Conocimiento que tienen sobre el climaterio. Mujeres entre 40-64 años usuarias de atención primaria. Rev. Chilena de obstetricia y ginecología 2010 vol. 72 N°5 p. 321-328.
129. Et. al. García C.; Maestre S. Caracterización de la Mujer en la Etapa del Climaterio. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología 2003. La Habana, Cuba. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000100006. (Consultado diciembre 2011)
130. Et. al., Kail, R.,Cavanaugh, J. Desarrollo Humano, Una perspectiva del ciclo vital Thompson Editores S.A. México 2006.

131. Et. al. Botero, J. Obstetricia y Ginecología Quebecord World Bogotá 2008
132. Et. al. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
133. Et. al. Obregón, A. Williams Ginecología Mc Graw Hill México 2009
134. Laufer R. y Gambone “Climaterio: Menopausia” www.bib.ufro.cl/aplicaciones/ppi/files/table-of-contents/a37868.fdf
135. Et. al. Pacheco, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana, Editores Asociados, Perú 2007.
136. Et. al. Et. al. Vega, G. Hernández, A. Leo, G. Incidencia y Factores relacionados con el síndrome Climatérico en una población de mujeres mexicanas México 2010 (Consultado enero, 2012)
137. Et. al. Ramírez, Henry. Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. Revista Colombia Médica vol. 33 N° 1. Corporación Editora Médica del Valle. 2004. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/3602>
138. Et. al. Pacheco, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana, Editores Asociados, Perú 2007.
139. Et. al., Kail, R. Cavanaugh, J. Desarrollo Humano, Una perspectiva del ciclo vital Thompson Editores S.A. México 2006.
140. Aldana E. Psicología de la Reproducción Humana. Instituto Nacional de Perinatología, México, Trillas. Pp 165-190. www.Books.google.com.pe/books?isbn=970722245
141. Heredia B., Lugones M., Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia: Rev. Cubana Obstetricia Ginecológica v.33 n.3, sep.-dic. 200 versión On-line ISSN 1561-3062 www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?...id... (Consultado, octubre 06, 2011)
142. Et. al. Vega, G. Hernández, A. Leo, G. Incidencia y Factores relacionados con el síndrome Climatérico en una población de mujeres mexicanas México 2010 (Consultado enero, 2012)

143. Et. al. Llanos, F., Felix K. Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Rev Med hered v.15 n.1 Lima ene./mar. 2004. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s1010>
144. Dulanto R, Leey J, Díaz M, Villena A, Seclén S. Estereotipo psico- socio-cultural de la menopausia en mujeres peruanas: estudio piloto en San Juan de Lurigancho – Lima. Acta médica peruana 2002; vol. 19 n° 4 p. 5-11
145. Et. al. Blumeli, J. Cruz, M. Aparicio, N. La transición menopáusica fisiopatología, clínica y tratamiento: Universidad de Chile, www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol62-02/1/menopausia.htm (Consultado, octubre 03, 2012)
146. Et. al. Et. al. Lugones M. Valdez S. Pérez, J. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología versión On-line ISSN1561-3062 scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013. (Consultado, octubre 2012)
147. Morel V. Estilos de Vida Saludable www.saludpublica.ucr.ac.cr/libro/07%20estilos%20vida.pdf
148. Et. al Et. al. Botero, J. Obstetricia y Ginecología Quebecord World Bogotá 2008
149. Du Gas B. “Tratado de Enfermería Pública” 1987 Nueva Neонатología Interamericana. México.
150. Et. al. Úbeda N, Basagoiti M, Alonso E. y Varela G. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en una población de mujeres menopáusicas españolas. Nutrición Hospitalaria N°3 Madrid mayo-jun. 2007. Rev. Nutrición Hospitalaria 2007 vol. 22 N°3 p. 313-321. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112007000400005&script=sci_arttext. (Consultado, enero 2, 2012.)
151. Et. al. Llanos, F., Felix K. Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Revista Médica herediana v.15 n.1 Lima ene./mar. 2004. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s1010>
152. Delgado R. “Estilos de vida y Factores socioculturales” www.uladech.edu.pe/.../94-estilos-de-vida-y-factores-socioculturales.

153. Reyes A. Conductas relacionadas con la salud del adulto mayor. Revista Enfermería .imss.gob.mx/index.php?...conductas-relacionadas-com.
154. Mellado T. Estilo de vida Precursor de Factores de riesgo cardiovascular. www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112b.pdf
155. Giraldo A. Promoción de la Salud como Estrategias para el fomento de estilos de vida saludables. [Promociónsalud.ucaldas.edu.co/downloads/revistas15\(1\)-9pdf](http://Promociónsalud.ucaldas.edu.co/downloads/revistas15(1)-9pdf)
156. Et. al, Kail, R. Cavanaugh, J. Desarrollo Humano, Una perspectiva del ciclo vital Thompson Editores S.A. México 2006.
157. Et. al. Huamán M., Burga S. Tesis “Nivel de conocimientos y Actitud de la mujer frente al climaterio de las Zonas urbana y Rural-Distrito de Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca. 2001.
158. Et.al. Rojas A. Prácticas de Autocuidado que realizan las mujeres Pre menopáusicas del Asentamiento Humano Cerro del Sauce Alto del Distrito San Juan de Lurigancho. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
159. Et. al. Heredia B., Lugones M., Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia: Rev. Cubana Obstetricia Ginecológica v.33 n.3, sep.-dic. 200 versión On-line ISSN 1561-3062 www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?...id... (Consultado, octubre 06, 2011)
160. Et. al. Panay, N. Ginecología y Obstetricia de Dewhurst Mc Graw Hill México 2009
161. Et. al. Gori, J. Ginecología de Gori Librerías Yenny S.A. Argentina 2002
162. Et. al. Heredia B., Lugones M., Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia: Rev. Cubana Obstetricia Ginecológica v.33 n.3, sep.-dic. 200 versión On-line ISSN 1561-3062 www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?...id... (Consultado, octubre 06, 2011)

ANEXOS

ANEXO 01

Cuestionario de Manifestaciones Clínicas de la Menopausia
ESCUELA DE POST GRADO - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
CUESTIONARIO DIRIGIDO A MENOPAUSICAS

Me dirijo a su persona para saludarla y al mismo tiempo manifestarle que estamos interesados en realizar un estudio de investigación relacionado con la forma como Ud. percibe las manifestaciones clínicas propias de la menopausia.

A continuación se le presenta un grupo de preguntas correspondientes a algunas características personales, se le informa que la información aquí brindada será de manera anónima. En cada pregunta, conteste seleccionando la respuesta más adecuada.

Se le agradece infinitamente por su Colaboración y comprensión.

Fecha:

1. Su Edad en años cumplidos:

35 – 44 ()

45 – 49 ()

50 – 54 ()

55 a más ()

2. Procedencia:

Urbana () Rural ()

3. Estado civil:

Soltera ()

Casada ()

Conviviente()

Divorciada ()

Viuda ()

4. Grado de instrucción:

Analfabeta ()

Primaria Incompleta ()

Primaria Completa ()

Secundaria Incompleta ()

Secundaria Completa ()

Superior Incompleta ()

Superior Completa ()

5. Ocupación:

Trabajadora independiente ()

Trabajadora del hogar ()

Ama de casa ()

Profesional ()

6. ¿Cuántos hijos tiene?

00 – 02 ()

03 – 05 ()

06 – 08 ()

09 – 11 ()

12 a más ()

7. ¿Qué religión profesa usted?

Católica () Evangélica ()

8. Usted tiene ciclos menstruales?

Si () No ()

9. Fecha de FUM.....

10. Sufre usted de sofocos, sudoraciones, bochornos:

– Nunca

– A veces

– Frecuentemente

11. Ha percibido en usted sudoraciones nocturnas profusas?

– Nunca

– A veces

– Frecuentemente

12. Usted presenta problemas de sueño (Dificultad en conciliar el sueño en dormir toda la noche y despertarse)
- Temprano
 - Normal
 - Alterado
 - Insomnio
13. Siente agotamiento físico y mental (descenso general en su desempeño, deterioro de la memoria, falta de
- Concentración, falta de memoria)
 - Nunca
 - A veces
 - Frecuentemente
14. Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual, en la actividad y satisfacción)
- Aumentada
 - Disminuida
15. Resequedad vaginal (sensación de resequedad, ardor y problemas durante la relación sexual.
- Presencia
 - Ausencia
16. ¿Considera usted el climaterio cómo?
- Una crisis
 - Una enfermedad
 - Un estado normal transitorio en la vida de la mujer.
17. Siente que su peso corporal se ha modificado últimamente?
- Aumento
 - Disminuyó
18. Siente dolor a la relación coital?
- Relación coital dolorosa
 - Relación coital no dolorosa

19. Presenta inflamación de la vulva y la vagina?

- Presencia
- Ausencia

20. Ha percibido cambios en su piel?

- Normal
- Seca
- Grasosa

21. Sufre de olvidos?

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente

PUNTUACIÓN

Ligero de 0 a 15 puntos

Moderado de 16 a 30 puntos

Severo de 31 a 44 puntos

ANEXO 02

ESCALA QUE MIDE LOS ESTILOS DE VIDA

Estimada señora

Por favor responda a las siguientes preguntas indicando la frecuencia en que llevó a cabo cada acto mencionado. Se le agradece por su gentil atención.

N = Nunca. V = A veces C = Casi siempre S = Siempre.

1. Toma Ud. por lo menos un litro de leche al día	N	V	C	S
2. Acude a Control de salud y refiere al personal de salud cualquier síntoma extraño.	N	V	C	S
3. Se respeta y se quiere así misma.	N	V	C	S
4. Hace caminatas para estirar los músculos al menos tres veces por semana	N	V	C	S
5. Escoge alimentos que no tengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida	N	V	C	S
6. Se da un tiempo para el descanso o la siesta después de tomar sus alimentos	N	V	C	S
7. Escoge alimentos que no tengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida	N	V	C	S
8. Se hace análisis de sangre para saber si tiene anemia o no	N	V	C	S
9. Cree Ud. que según pasan los meses su vida va mejorando.	N	V	C	S
10. Conversa con amigos íntimos sobre sus preocupaciones y problemas personales.	N	V	C	S
11. Conversa con amigos íntimos sobre sus preocupaciones y problemas personales.	N	V	C	S
12. Se siente Ud. feliz y contenta con los cambios que están sucediendo en su vida.	N	V	C	S
13. Hace Ud. ejercicios respiratorios por 20 a 30 minutos al menos tres veces por semana	N	V	C	S
14. Come Ud. tres buenas comidas al día.	N	V	C	S
15. Lee Ud. libros acerca de la menopausia	N	V	C	S
16. Está Ud. contenta con sus fuerzas y debilidades (lo que puede y no puede hacer)	N	V	C	S
17. Trabaja Ud. para el logro de metas a largo plazo, que se traza en la vida				
18. Elogia o alaba fácilmente a otras personas por sus éxitos	N	V	C	S
19. Evita la ingestión de alimentos grasos y salados.	N	V	C	S
20. Evita la ingestión de alimentos grasos y salados.	N	V	C	S
21. Le interesa o piensa en el futuro.	N	V	C	S
22. Participa Ud. en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.	N	V	C	S
23. Sabe Ud. lo que quiere conseguir cuando pase esta etapa.	N	V	C	S

24. Le gusta dar y recibir cariño, abrazos, etc. de su pareja, hijos y familiares.	N	V	C	S
25. Mantiene buenas relaciones interpersonales con vecinos, Compañeros de trabajo, etc.	N	V	C	S
26. Evita ingerir alcohol, café, té.	N	V	C	S
27. Diariamente dedica Ud. 15 ó 20 minutos a relajamiento o meditación	N	V	C	S
28. Conversa con profesionales calificados sus inquietudes sobre el cuidado de su salud.	N	V	C	S
29. Está conforme con sus logros y éxitos.	N	V	C	S
30. Cuando Ud. realiza ejercicio físico controla su pulso.	N	V	C	S
31. Dedicar tiempo a su esposo e hijos.	N	V	C	S
32. Se hace evaluar la Presión Arterial y conoce el resultado.	N	V	C	S
33. Asiste a programas educativos sobre mejoramiento del medio ambiente.	N	V	C	S
34. Para Ud. cada nuevo día lo ve como interesante y que tiene desafíos.	N	V	C	S
35. Todos los días consume Ud. alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales frutas, carnes, legumbres, cereales, raíces y tubérculos.	N	V	C	S
36. Ud. relaja los músculos antes de dormir.	N	V	C	S
37. Encuentra de su agrado y satisfacción el ambiente donde vive.	N	V	C	S
38. Hace Ud. actividades físicas de recreo como nadar, jugar voley, etc.	N	V	C	S
39. Es Ud. expresiva al demostrar interés, amor y calor humano hacia otras personas.	N	V	C	S
40. Piensa Ud. en cosas agradables antes de dormir.	N	V	C	S
41. Trata de mantenerse tranquila por su bien.	N	V	C	S
42. Pide información a los profesionales de salud sobre como cuidarse y como conservarse bien de salud.	N	V	C	S
43. Examina su cuerpo para observar y detectar cambios o alguna señal de peligro cuando menos una vez al mes	N	V	C	S
44. Es Ud. realista en las metas que se propone alcanzar.	N	V	C	S
45. Busca y mantiene la paz y tranquilidad en su hogar.	N	V	C	S
46. Asiste Ud. a programas educativos sobre el cuidado de su salud en la menopausia.	N	V	C	S
47. Indique la frecuencia con que da o recibe cariño de las personas que le interesan.	N	V	C	S
48. Cree Ud. que su vida tienen un propósito.	N	V	C	S

Gracias

ANEXO 03

Escala que mide los Estilos de Vida: Instrumento elaborado y validado por Pender en 1987 a partir de una escala psicométrica (evaluada también en versión castellana por sus autores en 1990).

El cuestionario de Estilos de Vida integrado por 52 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta con cuatro criterios:

Nunca = 0

Algunas veces = 1

Frecuentemente = 2

Continuamente = 3

El valor mínimo es de cero y el máximo 158, la mayor puntuación refiere un óptimo estilo de vida. Los 52 reactivos se subdividen en seis escalas:

Dimensiones		Preguntas	Total
1.	Apoyo interpersonal	1,25,37,43,49,51	06
2.	Autorrealización	6,7,12,13,18,24,30,31,36,42,48,52	12
3.	Ejercicio Físico	4,10,16,28,34,	05
4.	Manejo del Estrés	5,11,17,19,22,23,35,41,47	09
5.	Nutrición	2,8,14,20,26,32,38,	07
6.	Responsabilidad en Salud	3,9,15,21,27,29,33,39,40,44,45,46,50	13

Análisis de las variables:

Se tuvo en cuenta los niveles e interpretación de cada variable

VARIABLES	NIVELES	PUNTUACIONES	INTERPRETACIONES
Estilos de Vida	Saludable	103-155	Excelente a óptimo estilo de vida.
	Regularmente Saludable	49-102	Estilo de vida aceptable
	Poco Saludable	00 -48	Malo a pésimo estilo de vida.
Manifestaciones Clínicas de la Menopausia			
	Intensos	14-19	Síntomas severos que limitan las actividades.
	Moderados	07 – 13	Síntomas perceptibles tolerables que no limitan actividades.
	Leves	00 -06	Síntomas mínimos o imperceptibles del climaterio

ANEXO 04

Escala de medición de Estilos de Vida

Estilos de Vida	Mínimo	Máximo	Media Aritmética	Desviación Estándar
Autorrealización	22	52	41.08	6.84
Responsabilidad de la salud	10	38	22.42	5.33
Ejercicio Físico	5	17	8.78	2.19
Nutrición	8	24	14.93	3.44
Relación Interpersonal	11	28	20.69	3.76
Manejo del stress	10	28	18.74	4.00
PUNTAJE TOTAL	80	180	126.56	19.72

ANEXO 05

TABLA 14

Estilo de Vida y su Relación con los Síntomas de la Menopausia, en las Usuarias del Puesto de Salud de Tullpuna Cajamarca

			Estilos de Vida		Total
			Poco Saludable	Regularmente Saludable	
Leves		Recuento	10	9	19
		% dentro de Estilos de Vida	21,3	27,3	23,8
Moderados		Recuento	32	23	55
		% dentro de Estilos de Vida	68,1	69,7	68,8
Síntomas Intensos		Recuento	5	1	6
		% dentro de Estilos de Vida	10,6	3,0	7,5
Total		Recuento	47	33	80
		% dentro de Estilos de Vida	100	100	100

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Prueba Chi² Independencia $X^2 = 1.797; gl = 2, P = 0.407 \rightarrow P > 0.05$

Estadísticamente encontramos un nivel de significancia de $P > 0.05$, lo cual nos indica que existe relación entre los Estilos de Vida y el nivel de síntomas de la menopausia, dentro de las mujeres usuarias del Centro de Salud Tullpuna.

ANEXO 06

TABLA 15

**Estilo de vida y su relación con los síntomas de la menopausia,
en las Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca.**

		Estilos de Vida			Total	
		Poco Saludable	Regularmente Saludable	Saludable		
Síntomas	Leve	Recuento	0	31	3	34
		% dentro de Estilos de Vida	,0	44,9	37,5	42,5
	Moderado	Recuento	3	37	5	45
		% dentro de Estilos de Vida	100,0	53,6	62,5	56,3
	Intenso	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Estilos de Vida	,0	1,4	,0	1,3
Total		Recuento	3	69	8	80
		% dentro de Estilos de Vida	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora.

Prueba Chi² Independencia: $X^2 = 2.738$; $gl = 4$, $P = 0.603 \rightarrow P > 0.05$

Estadísticamente encontramos un nivel de significancia de $P > 0.05$, lo cual nos indica que existe relación entre los Estilos de Vida y el nivel de síntomas de la menopausia, dentro de las Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca.