

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación
familiar. Centro de Salud Nueva Sullana.
octubre-diciembre 2017**

Tesis para obtener el título profesional de licenciado en obstetricia

Autor:

Quispe Cornejo, Luis Abel

Asesora:

Mg. Campos Zapata, Mary Ynés

Sullana-Perú

2018

Palabras clave:

Español

Tema:	Menopausia Conocimiento Usuaría
Especialidad	Obstetricia

Inglés

Topic	Menopause knowledge. User
Specialty	Obstetrics

Línea de investigación

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Sub área: Ciencias de la Salud

Disciplina: Ciencias Socio Biomédicas

Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana. octubre-diciembre 2017

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar del centro de salud Nueva Sullana. octubre - diciembre 2017. **Material y Métodos:** La muestra del presente estudio estuvo conformada por un total de 66 personas, usuarias de planificación familiar del centro de salud Nueva Sullana. El método de investigación fue cuantitativa de corte transversal, descriptiva simple, no correlacional. Los datos fueron recolectados a través de una encuesta aplicando un cuestionario a las usuarias que acuden a la consulta de planificación familiar para medir el nivel de conocimiento sobre menopausia. **Resultados:** El nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Nueva Sullana, 51,5% obtuvo un nivel regular de conocimiento, seguido de 30.3% que tienen un nivel bajo conocimiento y solo 18,2% tienen un buen nivel de conocimiento. **Conclusión:** En el presente estudio en relación a las variables, las categorías edad, grado de instrucción y estado civil en el estudio presentaron un nivel regular de conocimiento.

Palabra Clave: Menopausia, conocimiento, usuaria.

ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the **Objective:** Determine the level of knowledge about menopause in family planning users of Nueva Sullana Health Center. october - december 2017. **Material and Methods:** The sample of the present study consisted of a total of 66 people, family planning users of Nueva Sullana health center. The research method was quantitative of cross section, simple descriptive. The data were collected through an interview applying a questionnaire to the users who come to the family planning consultation to measure the level of knowledge about menopause. **Results:** The level of knowledge about menopause in family planning users of Nueva Sullana Health Center, 51.5% obtained a regular level of knowledge, followed by 30.3% who have a low level of knowledge and only 18.2% have a good level of knowledge. **Conclusion:** In the present study in relation to the variables, the categories age, educational level and marital status in the study presented a regular level of knowledge.

Keyword: Menopause, knowledge, User.

INDICE

PALABRA CLAVE	i
TITULO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE	v-vii
INTRODUCCIÓN	1-44
METODOLOGÍA	45-48
RESULTADOS	49-58
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	59-63
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66-68
AGRADECIMIENTO	69
ANEXO Y APÉNDICE	70-89

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°01: Características demográficas de las usuarias de planificación familiar.	49
TABLA N°02: Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar.	51
TABLA N°03: Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar según grupo etario.	52
TABLA N°04: Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar según grado de instrucción.	54
TABLA N°05: Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar según estado civil.	57

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N°1: Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar.	51
GRAFICO N°2: Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar según grupo etario.	52
GRAFICO N°3: Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar según grado de instrucción.	55
GRAFICO N°4: Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar según estado civil.	57

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Obstetricia, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de post grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana. octubre-diciembre 2017.** El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, el primer capítulo corresponde a la introducción, en donde se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, así como también se describe el problema en la cual se expone el planteamiento delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedente del estudio, base teórica, definición y operacionalización de las variables; en el segundo capítulo exponemos material y métodos, donde se presenta el nivel , tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos, en el tercer capítulo se muestran los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como también presentamos sus respectivas expresiones gráficas para poder visualizar las tendencias obtenidas en este estudio y la discusión de los resultados; en el cuarto capítulo se considera las conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Estudios realizados y relacionados con el tema tales como:

Orellana, R. (2015) En su investigación *Conocimientos y creencias sobre menopausia en mujeres en edad fértil del barrio Colinas del Norte de la ciudad de Loja*. Loja-Ecuador. Solo la tercera parte de las MEF conoce que es la menopausia, y la edad en la que se presenta, notándose que son aquellas mujeres con grado de escolaridad superior las que tienen mayor conocimiento. Además entre las creencias que tienen las MEF sobre menopausia se resalta que en esta etapa las “mujeres están más propensas a la locura”, y que la menopausia es una enfermedad en la que se atrofian sus órganos reproductores, opinión que es más frecuente en grupo de MEF con grado de escolaridad secundaria. También La mayoría de las mujeres en edad fértil adquirieron sus conocimientos acerca de la menopausia, mediante conversaciones con amigas y familiares, otras a través de periódicos y revistas, un resultado que llama la atención es que solo un pequeño porcentaje de mujeres en edad fértil participantes aseveran haber recibido información de miembros del equipo de salud, resultado que indica que la mayor parte de mujeres encuestadas no tiene una fuente de información veraz o confiable.

Satama, H. (2015) En su investigación *Conocimientos y mitos sobre la menopausia en mujeres del barrio la Libertad de la ciudad de Loja*. Loja-Ecuador. En el barrio La Libertad un alto porcentaje de mujeres no tienen conocimiento sobre la menopausia, sin embargo, las mujeres con grado de escolaridad secundaria y superior reconocen la edad promedio de inicio de la misma. Además la mayor parte de los mitos presentes en la menopausia indica que las mujeres tienen sus órganos reproductores atrofiados, se experimentan múltiples dolencias y hay mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, existiendo presencia de estos en las mujeres con escolaridad primaria, secundaria y en mínimos porcentajes en las de nivel superior.

La mayoría de mujeres obtuvieron información sobre la menopausia a través de conversaciones con familiares y amigas, mientras una pequeña parte mediante los medios de comunicación.

Torres, M. (2016) En su investigación *Conocimientos y mitos sobre menopausia en mujeres en edad fértil del barrio Zhucos de la ciudad de Loja, Agosto 2014-Abril 2015*. Loja-ecuador. Respecto al conocimiento que las mujeres investigadas tienen acerca de la menopausia, proceso fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, la mayoría, posee algunos conocimientos respecto de este suceso; así, sobre la presencia los signos y síntomas, hay opiniones variables de una mujer a otra, pero de manera común se refieren a sofocos, cambios del carácter, depresión, cefalea, metrorragias y, dispareunia, entre otras. Sobre la edad promedio en la que se inicia la menopausia, el más alto porcentaje se pronuncia por el período de 45-54 años de edad. En cuanto a los mitos los señalados con mayor frecuencia, son: “es una etapa negativa, es el fin de la plenitud femenina”; “el sangrado irregular es indicio de cáncer” y; “después de la menopausia hay mayor riesgo de cáncer de seno”. Estos son considerados como una construcción de orden cultural los mismos que perviven y constituyen motivo de gran impacto a nivel personal, de la pareja e incluso de la familia; Zhucos una comunidad en donde aún las prácticas culturales se mantienen y que se transfieren de generación en generación, de este modo reviste de gran importancia la medida en que se tomen o se perciban dichos mitos en la mujer menopaúsica.

Solórzano, R. (2016) En su investigación *Conocimientos y mitos sobre menopausia en mujeres en edad fértil del barrio Zalapa Alto de la ciudad de Loja*. Loja-Ecuador. En el barrio Zalapa Alto, un alto porcentaje de mujeres en relación a los conocimientos sobre menopausia se identificó que las mismas son de escolaridad primaria y secundaria. Además entre los mitos más frecuentes señalados por las encuestadas sin distinción del grado de escolaridad están: Sangrado irregular es indicio de cáncer, sigue siendo útil para la sociedad; y que es un cambio repentino que lleva uno o dos años.

La mayoría de mujeres obtuvieron información sobre la menopausia a través de conversaciones con familiares y amigas, mientras una pequeña parte a través de televisión, radio, internet etc.

Correa, C. (2015) En su investigación *Conocimientos y mitos sobre menopausia en mujeres del barrio esmeralda Norte*. Loja-Ecuador. En el barrio Esmeralda Norte un alto porcentaje de mujeres con grado de escolaridad secundaria y superior tienen conocimiento adecuado sobre la menopausia y reconocen la edad promedio de inicio de la misma. También la mayor parte de los mitos presentes en la menopausia indica que las mujeres tienen sus órganos reproductores atrofiados, se experimentan múltiples dolencias y hay mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, existiendo presencia de estos en las mujeres con escolaridad primaria, secundaria y en mínimos porcentajes en las de nivel superior. Además la mayoría de mujeres obtuvieron información sobre la menopausia a través de conversaciones con familiares y amigas, mientras una pequeña parte de consultas médicas.

Pugo y Quintuña (2016) En su investigación *Conocimiento, actitudes y sintomatología sobre el climaterio en mujeres de 45 a 65 años que acuden a consulta externa de ginecología del hospital Vicente corral Moscoso (HVCM)*. Cuenca. 2015. Cuenca- Ecuador. Existe un amplio déficit de información sobre este tema en la población estudiada ya que la mayoría de mujeres refieren no haber escuchado o leído sobre esta etapa. Se identificó que el dominio más afectado es el físico, las mujeres presentaron dolores musculares y articulares, que puede relacionarse con aumento de peso durante esta etapa, seguidos por trastornos hormonales bruscos manifestados por sofocos u oleadas de calor y en menor proporción manifestaciones psicosociales como labilidad emocional. En lo referente a la actitud frente al climaterio los hábitos de vida saludable, contribuyen eficazmente a sobrellevar este periodo. La disfunción sexual es evidente durante esta etapa, los cambios hormonales que se producen hacen que la actividad sexual se reduzca considerablemente, produciendo en las mujeres cambios en su vida sexual y por ende problemas con su pareja. Existe una actitud

positiva frente a esta etapa considerándose como un evento normal e inevitable, sin embargo para algunas mujeres el climaterio indica envejecimiento y cambios que podrían alterar el bienestar.

Molina y Moreno (2015) En su investigación *conocimientos actitudes y prácticas en el climaterio y menopausia en mujeres de consulta externa del dispensario central del IESS. Cuenca. 2014*. Cuenca-ecuador. De acuerdo a los antecedentes Gineco obstétricos se evidencio que el mayor porcentaje de mujeres tuvo la menarquia entre 10-14 años y la edad de la última menstruación es más frecuente entre 40-49 años, representando el 86.8%. Nuestros resultados apuntan a demostrar que la población en estudio tiene un nivel de conocimientos medio del climaterio y de la menopausia y que existe relación significativa con el nivel de instrucción, y además al comparar la adquisición de fuente de información, no son de fuentes validas, ya que hubo un mayor porcentaje que refirió que los medios de comunicación les ha aportado información sobre estos temas. Además con respecto a los efectos negativos de la menopausia tienen un alto nivel de conocimiento, pero casi un tercio de las mujeres aceptan este proceso ya que es un cambio en el estilo de vida y es el principio de envejecimiento de la mujer, también se concluye que hubo un mayor porcentaje que refieren cambios en la vida sexual de la mujer. De acuerdo a la sintomatología se llega a concluir que los síntomas vasomotores son los que más predominantes seguido de la irregularidad del periodo menstrual. Además existe que casi la tercera parte de las pacientes presentan cambios en el estado de ánimo, ansiedad. Según la presente investigación se concluye que la mayoría de las mujeres estudiadas tienen una actitud no satisfecha frente a la sintomatología, y por tal motivo acuden al médico y un porcentaje bien bajo asiste al naturista / curandero.

Torres, A. (2015) En su investigación *conocimientos, prácticas y actitudes sobre menopausia en mujeres mayores de 35 años que asisten a consulta externa del hospital básico Amaluza durante el periodo febrero-julio del 2014*. Loja-Ecuador.

La mayor parte de las pacientes encuestadas tienen conocimientos sobre la menopausia y sus complicaciones; sin embargo estos son escasos, lo que puede deberse a la poca información brindada por los equipos de salud y probablemente la poca importancia que las pacientes le dan a este proceso. El principal conocimiento que tienen acerca de la menopausia es que existe el cese de la menstruación de manera definitiva conformando un 47,28% del total. Gran parte de las pacientes entrevistadas tuvieron una actitud negativa 41,00% frente a la menopausia, lo que es notorio ya que sigue siendo prevalente el miedo de atravesar por esta etapa y de no tener la misma vitalidad de antes. El tratamiento frecuentemente practicado por las pacientes es la utilización de aguas caseras 20,92%, entre ellas el agua de perejil, el jugo de naranja con huevo y el té de manzanilla, aparentemente por fácil acceso que tienen a las mismas, su bajo costo, y el escaso conocimiento de un tratamiento adecuado y oportuno. Además de los estudios complementarios mayormente realizado es el Papanicolaou 58,99%; debido a la disponibilidad del mismo en el hospital.

La edad en que se presentó la menopausia en las pacientes en estudio fue entre 46 - 50 años (62,76%), que concuerda con la media a nivel mundial y con otros estudios realizados de manera similar. Los principales síntomas que afectan a las pacientes de este estudio durante la menopausia son los bochornos, la irregularidad menstrual, sudores nocturnos, cefalea, y sequedad vaginal.

Gerónimo, Arriaga, Cerino y Ovilla (2014). En su investigación: *Conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres indígenas de 40 a 50 años, de Ostuacuan, Chiapas*. Chiapias- México. De acuerdo con las variables de estudio, el conocimiento que tienen las mujeres indígenas encuestadas en el municipio de Ostuacuan, Chiapas, sobre el climaterio y la menopausia se concluye que el nivel de conocimiento es deficiente. Las mujeres con escolaridad de primaria y secundaria tienen conocimiento medio, de acuerdo con estos resultados se sugiere lo siguiente: realizar estudios más amplios en grupos rurales y urbanos, para identificar la problemática que afecta a las mujeres que se encuentran en esta etapa de la vida. Que los programas de salud

incluyan promoción de la salud relativa al climaterio y menopausia para que las mujeres tengan acceso a la información y puedan cursar esta etapa con un aceptable estado de bienestar. Proporcionar, mediante la formación de grupos de ayuda mutua en el centro de salud, información oportuna para que las mujeres puedan acudir y llevar un seguimiento y/o control, y de esta manera lograr que esta etapa de la vida de la mujer transcurra de una forma saludable, pues mediante este grupo las mujeres podrán dar testimonio de su experiencia y esto servirá de apoyo para otras mujeres durante el climaterio.

Barrionuevo y Campos (2015) En su investigación: *Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el climaterio en mujeres de 40 a 54 años. Centro de salud Maritza Campos Díaz Arequipa, Abril 2015. Arequipa-Perú.* De las mujeres entrevistadas, el 62.1% tenían un nivel de conocimiento bajo sobre el climaterio. De las mujeres entrevistadas el 55.6% tenían una actitud favorable sobre el climaterio. Este estudio nos demuestra que hay una relación inversa entre el nivel del conocimiento y la actitud sobre el climaterio.

Castillo, M. (2016) En su investigación: *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al climaterio en mujeres de 40 a 59 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho junio-julio 2016. Lima-Perú.* El nivel de conocimiento sobre el climaterio en las mujeres de 40 a 59 años de edad es medio y alto. (41.7% y 33.0 % respectivamente). Las actitudes frente al climaterio en las mujeres de 40 a 59 años de edad son inadecuadas. (52.4%). La relación entre los conocimientos y las actitudes frente al climaterio en las mujeres de 40 a 59 años de edad, quienes tuvieron un conocimiento alto presentaron una actitud adecuada frente al climaterio (53.1%), mientras que las mujeres que presentaron un conocimiento medio a bajo en su mayoría mostraron una actitud inadecuada (46.3% y 38.9% respectivamente), observándose que existe una relación muy significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al climaterio ($p=0.000$) en las mujeres de 40 a 59 años de edad.

Maco y Rodríguez (2016) En su investigación: *Nivel de conocimiento sobre menopausia, hormonoterapia y su aceptación en mujeres de 30 a 45 años. Essalud. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 2013. Trujillo-Perú.* El nivel de conocimiento sobre menopausia en mujeres de 30 a 45 años en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray del distrito de Trujillo en el año 2013 es bueno en un 60.12%. Además el nivel de conocimiento sobre la Hormonoterapia en mujeres de 30 a 45 años en el Hospital Victor Lazarte Echegaray del distrito de Trujillo en el año 2013 es malo en un 75.07%. El nivel de aceptación sobre la Hormonoterapia en mujeres de 30 a 45 años en el Hospital Victor Lazarte Echegaray del distrito de Trujillo en el año 2013 es que no aceptan la terapia de reemplazo hormonal en un 70.09%.

Murrieta y Flores (2016) En su investigación: *Relación entre nivel de conocimiento y la actitud frente a la menopausia en mujeres de 40 - 50 años que asisten a los consultorios externos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Periodo octubre 2015 - abril 2016.* Tarapoto- Perú. Las mujeres atendidas en consultorios externos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas se caracterizaron por ser en su mayoría de 40 a 45 años de edad con 61%, de estado civil casada 41% y con grado de instrucción secundaria con 55%. La proporción de mujeres de 40 a 50 años atendidas consultorios externos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, Periodo octubre 2015–abril 2016 que padecen el problema de la menopausia fue 12,7%. Además el nivel de conocimiento sobre la menopausia en mujeres de 40–50 años que asisten a los consultorios externos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, es medio. También la actitud favorable es la más relevante frente a la menopausia, en mujeres de 40–50 años que asisten a los consultorios externos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas. En mujeres de 40 a 50 años que asisten a los consultorios externos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, existe relación significativa entre el nivel de conocimiento medio - actitud favorable frente a la menopausia, $X^2 = 26,086$ $p = 0,000$.

Rondo, M. (2013) En su investigación: *Conocimiento sobre climaterio y calidad de vida en la menopausia. El porvenir-Trujillo, 2013.* Trujillo-Perú. El nivel de conocimiento sobre climaterio en mujeres de 40 a 60 años de edad del Sector Gran Chimú, distrito El Porvenir – Trujillo, es medio en un 56 por ciento, bajo en un 26 por ciento y alto en un 18 por ciento. La calidad de vida en la menopausia en mujeres de 40 a 60 años de edad del Sector Gran Chimú, distrito El Porvenir – Trujillo presentó deterioro leve en el área vasomotora en un 69 por ciento; deterioro moderado en el área física en un 45 por ciento; y deterioro severo en el área sexual en un 22 por ciento. Existe influencia muy significativa del conocimiento sobre climaterio en la calidad de vida en la menopausia en mujeres de 40 a 60 años de edad del Sector Gran Chimú, distrito El Porvenir – Trujillo en las áreas psicosocial, física y sexual ($p < 0.05$). No existe influencia del conocimiento sobre climaterio en la calidad de vida en la menopausia en el área vasomotora.

Meza y Vega (2011) En su investigación *Nivel de autocuidado y nivel de conocimiento sobre menopausia en mujeres pre menopáusicas. Puesto de salud Esperanza Baja. Chimbote, 2010.* Nuevo Chimbote – Perú. La mayoría 67.3% de mujeres pre menopáusicas presentan un nivel de autocuidado no saludable y el 32.7% nivel de autocuidado saludable. Más de la mitad 54.5% de mujeres pre menopáusicas presentaron un nivel de conocimiento bajo, el 36.4% nivel de conocimiento medio y un menor porcentaje 9.1% nivel de conocimiento alto. Existe relación estadística significativa entre el nivel de autocuidado y el nivel de conocimiento sobre menopausia en mujeres pre menopáusicas. Puesto de Salud Esperanza Baja. Chimbote, 20i0. La mayoría de mujeres que tiene un nivel de conocimiento bajo tiene 78% de nivel de Autocuidado no saludable.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

En las últimas décadas se ha despertado gran interés por el estudio del climaterio, pero sin embargo son muchas las interrogantes que aún existen sobre el tema, lo que justifica la necesidad de continuar las investigaciones.

En la actualidad, existe un gran interés en el mundo por conocer ampliamente lo relacionado con el climaterio y todo lo que implica dado el impacto que este ocasiona en la calidad de vida de la mujer. Sin embargo, aún se percibe que existen numerosas interrogantes, cuyas respuestas permitirán aclarar las incógnitas respecto al climaterio y todo lo que a él se refiere. Galicia (2016).

Existe una clave para que la mujer pueda alcanzar sin miedo esta etapa de su vida, como es el conocimiento de sí misma mediante información, educación para la salud, conservación de la salud mental y prevención, dándole importancia a las valoraciones médicas, al ejercicio físico y a la alimentación para de esta manera vivir este periodo de forma saludable y fructífera. Al respecto en un estudio reportado en el Psychiatric News de la Asociación Psiquiátrica Americana, cuya investigadora principal fue la Dra. Joyce Bromberger. Incluyó a 221 mujeres entre los 42 y 52 años y reveló que el riesgo de sufrir de depresión fue significativamente mayor, no solamente durante la menopausia, sino también dentro de los dos años después de su último periodo, y significativamente mayor que en la pre menopausia. Por ello es importante que la mujer, su cónyuge, hijos y demás familiares conozcan estos cambios que se producen en esta etapa, entonces la mujer menopaúsica, tendrá una actitud positiva frente a estos cambios, podrá ser comprendida, padecerá menos los cambios ineludibles y aprenderá a controlar, evitar o prevenir las diversas alteraciones y envejecerá de manera más saludable e independiente.

Se quiere que cada vez sean más las mujeres que entiendan, que la menopausia y el envejecimiento son procesos fisiológicos, inexorables e irreversibles, estos deben aceptarse de manera juiciosa, lo cual no significa que conlleven a un deterioro en la calidad de vida y que todo lo que pueda hacerse para mejorar esos años de la vida, debe ser siempre bienvenido y celebrado.

1.3 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La menopausia significa la última menstruación y corresponde a un nuevo evento fisiológico en la vida de la mujer que implica la finalización de su ciclo reproductivo. Al inicio de este periodo pueden aparecer síntomas como, alteración de estado de ánimo, bochornos, etc.

El conocimiento de los fenómenos de la menopausia permitirá entender los estilos de vida saludables. Definitivamente este tipo de investigaciones, nos abren una puerta hacia este mundo que no está siendo explorado correctamente por los diferentes sectores de salud. Es aquí donde puede intervenir el profesional de obstetricia, el cual debe marcar la diferencia del resto, como un profesional capacitado, juicioso y con amplia vocación de servicio.

Es importante resaltar el papel que cumple el obstetra en la promoción y prevención de la salud frente a las pacientes menopaúsicas con necesidad de un apoyo emocional, de tratamiento farmacológico y el cumplimiento del mismo, etc.

A partir de lo observado en la comunidad, el grupo etario presenta algunas situaciones de desconocimiento en el tema de menopausia, de aquí se deslinda la siguiente formulación ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre menopausia de las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Nueva Sullana. Octubre-diciembre 2017?

1.4 MARCO REFERENCIAL

Base teórica.

El presente trabajo de investigación se fundamenta en las bases conceptuales

1.4.1 EVOLUCIÓN DEL PENSAMIENTO MEDICO RESPECTO A LA MENOPAUSIA

Pou, R. (2002) Un último aspecto a considerar con criterio histórico es el de la actitud de los médicos con referencia al tema de la menopausia. Pese a que existieron publicaciones previas al respecto, la notable monografía de Gregorio Marañón, de 1919, titulada "La edad crítica", marca un hito. En esa obra el genial médico español estudia en profundidad, desde múltiples ángulos, el problema del climaterio, tanto del hombre como de la mujer. Esta publicación ejerció un doble efecto: sobre la opinión médica, destacando la importancia de estudiar y tratar científicamente muchos trastornos climatéricos, hasta entonces incluidos dentro del rubro de la "histeria", y a nivel de la mentalidad popular, señalando que este período de cambios no debe ser considerado con desprecio e ignorado, sino que debe abordarse comprensivamente.

A medida que la ciencia ahonda en el conocimiento de la secreción de hormonas por parte del ovario, se llega a comprender que el síndrome climatérico obedece, en gran parte, a la falta de dichas sustancias.

Una vez que se obtiene el aislamiento químico de los estrógenos (Allen y Doisy, 1923) y de la progesterona (Butenandt, 1934), fue posible, en 1942, la obtención de los estrógenos a partir de la orina de yeguas preñadas, así como el empleo clínico de estradiol y progesterona en "pellets" (Bishop, 1938).

A partir de ese momento, se inicia el empleo de la hormonoterapia de reemplazo (HTR), sucediéndose etapas de entusiasmo, especialmente luego de la publicación del libro de Wilson "Femenineforever" en 1960 y de decaimiento, cuando se comprueba el incremento de los cánceres de endometrio en la década de los años '70.

Por último, luego de los artículos de Don Gambrell, se llega al concepto de la acción protectora de los gestágenos y de la necesidad del empleo combinado de estos con los estrógenos para evitar la mencionada complicación.

Otro aspecto importante es la administración de estrógenos a través de la piel, primero en forma de cremas y luego mediante un "parche" que, adherido a la piel, libera las hormonas hacia la sangre. Este último sistema fue ideado por el químico uruguayo Alejandro Zaffaroni a comienzos de la década de los '80

Poco a poco, se ha ido avanzando en la definición de las indicaciones y contraindicaciones de la HTR y se la ha integrado a un conjunto de medidas higiénicas que aseguran el mejoramiento de la calidad de vida de la mujer, cuya existencia se ha prolongado casi treinta años después de la menopausia. (p. 13)

1.4.2 EL CICLO MENSTRUAL NORMAL

- **Hipotálamo e hipófisis.**

Pou, R. (2002 a) La hipófisis es una pequeña glándula, situada en una excavación que se halla en los huesos de la base del cráneo, llamada "silla turca". La hipófisis está unida, como una frutilla por su tallo, a través de un fino pedúnculo, al cerebro, específicamente a una parte de éste, denominada hipotálamo.

El hipotálamo y las estructuras neurales relacionadas son el centro de la vida vegetativa e instintiva, vale decir, desde donde se regulan y coordinan el apetito, la sed, el balance de agua y sales, la conducta sexual, la temperatura corporal, las manifestaciones corporales de las emociones, la producción de leche en la glándula mamaria, el estado de ánimo, la atención, la memoria y hasta el sueño.

Como puede apreciarse, por sus conexiones con el resto del sistema nervioso por un lado y con la hipófisis por otro, el hipotálamo es la encrucijada donde se orquestan las conductas del individuo que permiten su supervivencia y también la reproducción, o sea el mantenimiento de la especie.

Todas estas funciones las cumple el hipotálamo porque las células que lo forman, que se agrupan en diferentes núcleos y que son células nerviosas o neuronas similares a las del resto del sistema nervioso, son capaces de segregar sustancias.

Estas se denominan neuro transmisores y neurohormonas, (sustancias producidas por el sistema nervioso que transmiten mensajes y producen efectos) y actúan sobre otras células (nerviosas o no).

Algunas de estas neurohormonas pasan a través del tallo de la hipófisis y regulan a este nivel la producción de otras hormonas, que a su vez comandan el funcionamiento de la tiroides, las suprarrenales, el crecimiento del esqueleto, la secreción de leche, las contracciones del útero y la actividad de los ovarios. Estas últimas, llamadas gonadotrofinas, son las que más nos interesan para la comprensión del ciclo menstrual.

Una de ellas es la hormona folículo estimulante (FSH) que, como su nombre lo indica, estimula el crecimiento del folículo y por consiguiente predomina en la primera mitad del ciclo menstrual. La otra es la hormona luteinizante (LH), que es la que provoca la rotura del folículo u ovulación, mantiene la actividad del cuerpo amarillo o lúteo -de donde su denominación- y que presenta un pico en la mitad del ciclo y niveles mantenidos durante la segunda mitad.

- **Ovario y Utero.**

A partir del momento que se inicia la menstruación, que es la descamación o desprendimiento del revestimiento interno del útero (endometrio), en uno de los ovarios empieza a crecer una estructura, llamada folículo. Este es un pequeño globo, formado por una pared (donde se producen las hormonas) a la que está adherida el óvulo (gameto femenino) y con una cavidad central (antro) que contiene líquido.

A medida que el folículo va aumentando de volumen hasta alcanzar un diámetro máximo de 2 cm, segrega cantidades progresivamente crecientes de estrógenos que pasan a la sangre.

Llevados por ésta a todo el cuerpo, estas hormonas actúan sobre los más diversos órganos, pero en especial sobre aquellos que son capaces de responder a su estímulo por tener receptores, o sea "cerraduras" donde cada "llave" hormonal pone en marcha un "motorcito" y determina ciertos efectos.

Entre los órganos así llamados efectores, se destacan los que están vinculados con la reproducción: la glándula mamaria y el aparato genital. A nivel de este último, el endometrio responde a la acción de los estrógenos, aumentando su espesor.

Pero también el cuello del útero, que produce moco, reacciona con un incremento en la cantidad de esa sustancia, que además se vuelve cada vez más pegajosa, como si fuera clara de huevo, lo que lleva a que la mujer perciba humedad o lubricación creciente a nivel de la vagina y de la vulva. Esto es el fundamento del llamado "método de la ovulación de Billings", utilizado para el control natural de la fertilidad.

La sincronización es perfecta, ya que, pocas horas antes de la ovulación, cuando la concentración de estrógenos en la sangre alcanza el máximo, el cuello se entreabre y produce abundante moco, lo que favorece el ascenso de los espermatozoides si ha habido una relación sexual y el encuentro de estos con el óvulo cuando este es liberado (ovulación).

Unos catorce días después del inicio de la menstruación ocurre la ovulación: el folículo explota, libera el líquido que contiene y conjuntamente con éste al óvulo, que es captado por una de las trompas de Falopio. El encuentro del óvulo y el espermatozoide y la fecundación, ocurren a nivel de la trompa y el huevo así formado es transportado hacia el útero.

Inmediatamente después de la ovulación, el folículo, desprovisto ya de su contenido, se convierte en otra estructura, que, en virtud de su color, se denomina cuerpo amarillo o cuerpo lúteo (lúteo significa amarillo en latín). Esta formación produce, además de estrógenos, progesterona. El nombre de esta segunda hormona indica cuál es su función: preparar el organismo para la gestación (pro gestación, progesterona).

El endometrio, que es el sitio en el que anida o se implanta el huevo (en caso de que haya ocurrido la fecundación), responde a la progesterona con secreción de sustancias, que facilitarán la nutrición del embrión en sus primeras fases.

Si el embarazo no se produce porque no ha habido fecundación, después de doce a catorce días, el cuerpo amarillo empieza a reducirse y disminuye la secreción de hormonas.

Cuando esto sucede, el endometrio, al carecer del estímulo que mantenía su desarrollo, comienza a desprenderse, a consecuencia de lo cual algunos vasos sanguíneos quedan abiertos y sangran (como si se tratara de una herida): es la nueva menstruación.

Si ha ocurrido la fecundación en la trompa de Falopio, el huevo es conducido hacia el útero, a donde llega tres o cuatro días después, y allí la "semilla" encuentra una "tierra fértil", el endometrio, preparado para fijarse, anidar y continuar desarrollándose.

El propio embrión, por intermedio de la producción de otra hormona, la gonadotrofina coriónica, (HCG, que es la que se investiga en sangre u orina en las pruebas diagnósticas de embarazo que se utilizan corrientemente), estimula al cuerpo amarillo, evitando su atrofia, y lo convierte en el cuerpo amarillo de embarazo. Este sigue produciendo estrógenos y progesterona, razón por la cual durante la gravidez, la menstruación no ocurre.

Este conjunto extraordinario de hechos interrelacionados que tienen lugar en el aparato reproductor de la mujer en cada ciclo y que se ponen de manifiesto por la aparición de un sangrado menstrual mensual o de un embarazo, es la consecuencia del efecto de otras hormonas, producidas en la hipófisis y cuya secreción es regulada por las propias hormonas ováricas.

- **Efectos de las hormonas ováricas sobre el hipotálamo y la hipófisis.**

Las hormonas ováricas influyen sobre el hipotálamo y la hipófisis. Esto explica por un lado, por qué se modifica la conducta de la mujer cuando comienzan a segregarse hormonas ováricas y, paralelamente a su desarrollo corporal, manifiesta atracción por el sexo opuesto y deseo sexual; por qué desarrolla lo que se ha dado en llamar el instinto maternal, o sea la tendencia a cuidar y proteger a los hijos.

Este efecto de las hormonas ováricas sobre el hipotálamo también justifica las variaciones de la temperatura corporal durante el ciclo menstrual (que se eleva después de la ovulación por acción de la progesterona, lo que se utiliza en la práctica para el diagnóstico de ovulación y embarazo).

Igualmente, a través de este mecanismo se entienden las variaciones en el peso corporal, la conducta y el sueño que se observan a lo largo del ciclo menstrual y cuya exageración determina el conjunto de molestias que se presentan en un alto porcentaje de mujeres antes de la menstruación, conocidas como síndrome de tensión premenstrual (STPM).

Pero fundamentalmente dan razón de las variaciones en la concentración de las hormonas hipofisarias FSH y LH (llamadas genéricamente gonadotrofinas) a lo largo del ciclo y luego de la menopausia, momento en que aumentan notablemente, al disminuir las hormonas ováricas, que actúan como freno de la producción de las gonadotrofinas.

En suma, a lo largo de la etapa reproductiva, el ciclo ovárico consiste en la sucesión de dos fases: la primera desde la menstruación a la ovulación en que predominan los estrógenos (fase folicular) y la segunda desde la ovulación hasta la siguiente menstruación en la que, si bien hay estrógenos, predomina la acción de la progesterona (fase lútea o de cuerpo amarillo). Si no ha ocurrido embarazo, al fin de cada ciclo, a consecuencia de la disminución de dichas hormonas, el endometrio, que había sido cuidadosamente preparado para la nidación, se descama y esta descamación se evidencia como un sangrado que es la menstruación, con la que se inicia un nuevo ciclo, en pos de una nueva eventual fecundación.

Todo el organismo de la mujer, y no sólo su aparato reproductor, es sensible al efecto de esas variaciones hormonales. Luego de la menopausia, las hormonas ováricas disminuyen, mientras que, liberadas de su freno, ascienden los niveles de gonadotrofinas hipofisarias (FSH y LH). (pp. 16-20)

1.4.3 CLIMATERIO.

DEFINICIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (SSA, 1994), el climaterio es la transición entre la vida reproductiva y no reproductiva de la mujer, durante la cual tiene lugar la última menstruación, abarca de los 36 a los 60 años de edad. A lo largo de la vida, toda mujer va experimentando diversos cambios tanto biológicos, físicos y psicológicos dentro y fuera de su organismo, como la menstruación, embarazo, parto, y finalmente el periodo del climaterio, proceso por el cual la mujer pasa del estado reproductivo al no reproductivo, comprendiendo así tres etapas: premenopausia, menopausia, postmenopausia el cual va a generar durante estos periodos diferentes signos y síntomas a desarrollar.

Para Salvador, J. (2008) El climaterio (perimenopausia, transición menopáusica) es la etapa de transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Se caracteriza por una deficiencia de estrógenos. Esta etapa incluye el periodo cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a la menopausia.

La pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual, que se produce en varios años, en promedio dura entre 4 a 6 años; en esta etapa, la función ovárica va fluctuando, aumentando o disminuyendo.

Al inicio del climaterio se produce una disminución de los niveles de inhibina, lo que resulta en un aumento de la FSH, con niveles de estradiol normal o ligeramente disminuidos. Estos cambios dan lugar a un acortamiento de la fase folicular y a ciclos menstruales cortos o prolongados.

Posteriormente, se produce un descenso de los niveles de estradiol y la maduración folicular se vuelve irregular, presentando ciclos ovulatorios y anovulatorios.

Cuando en los ciclos anovulatorios no se produce progesterona, existe un hipertrogenismo relativo que puede ocasionar hipermenorrea y/o hiperplasia del endometrio.

Durante el climaterio, los folículos ováricos se vuelven resistentes a la estimulación de la FSH, en tanto que las concentraciones de estradiol se conservan relativamente normales. Este grado de resistencia ovárica a la estimulación puede explicar los bochornos que experimentan algunas mujeres, a pesar de los valores normales de estradiol. Ello sugiere que los bochornos pueden deberse a liberaciones de gonadotropina relacionadas con las concentraciones bajas de estradiol o cifras bajas de otras hormonas ováricas, como la inhibina.

En el climaterio, en las mujeres que menstrúan y que muestran una cifra de FSH mayor de 10 UI/L en el día tres del ciclo, sugiere una resistencia ovárica relativa, incluso si los valores de estrógenos se encuentran dentro de los límites normales. Esto se plantea que es debido a la disminución de la producción de inhibina por los folículos.

Las dos gonadotropinas, FSH y LH, son producidas por la glándula anterior de la hipófisis. Cuando los niveles de estrógenos son bajos, los núcleos arcuato y paraventricular del hipotálamo son estimulados a producir hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) en la circulación portal de la hipófisis; ello estimula la liberación de FSH y LH. El mecanismo responsable de la liberación pulsátil de GnRH se plantea que también es responsable de la provocación de bochornos. (p.p 71-74)

1.4.3.1 Etapas del climaterio. La Menopausia (s.f)

- 1) **Pre menopausia:** esta etapa se refiere a la totalidad de la vida de una mujer desde su primer periodo menstrual regular hasta el último. Es decir, comprende el periodo normal de la función reproductiva de la mujer.
- 2) **Perimenopausia:** significa literalmente “alrededor de la menopausia”. Esta etapa es una transición antes del cese total de la menstruación. Normalmente la perimenopausia es la primera etapa de la menopausia, es decir, abarca los años anteriores a la menopausia. Generalmente cuando las mujeres hablan de menopausia la mayoría de las veces se están refiriendo a la perimenopausia, ya

que durante esta etapa se producen cambios en los niveles hormonales y los niveles de estrógeno disminuyen. Debido a que la producción ovárica disminuye, la hormona folículo estimulante (FSH) aumenta. Durante esta etapa la menstruación y la ovulación se vuelven irregulares. La perimenopausia generalmente ocurre entre los 45 y 60 años de edad y puede comprender un periodo de 2 a 6 años.

- 3) **Menopausia:** es el final de la vida reproductiva de una mujer. Es cuando ocurre el cese total de la menstruación, y la mujer deja de ser fértil. En esta etapa los ovarios ya no producen ovulos y aparecen síntomas evidentes como aumento de peso, sequedad vaginal y pérdida del deseo sexual. Las mujeres que atraviesan esta etapa ya no pueden quedar embarazadas de forma natural. Si bien la edad de la menopausia real es diferente para cada mujer, es común que esta ocurra en cualquier momento entre los 40 y los 59 años.
- 4) **Postmenopausia:** la etapa posterior a la menopausia se llama posmenopausia, y normalmente se extiende hasta los 65 años, que es cuando se alcanza la senectud. La posmenopausia temprana comprende los primeros 4 años después de la menopausia y la posmenopausia tardía comprende a partir de los cinco años en adelante. (párr. 1-4)

1.4.4 MENOPAUSIA

1.4.4.1 Definición

Pou, R. (2002 b) En su publicación; La menopausia es el cese de la menstruación, la última menstruación. Es un fenómeno fácil de enunciar pero difícil de identificar en la práctica, dado que, en la mayoría de los casos, los sangrados no finalizan bruscamente, sino que se van modificando en frecuencia, duración y abundancia a lo largo de meses o años hasta que desaparecen definitivamente. Se considera que la menopausia ha sucedido cuando las menstruaciones faltan a lo largo de un año. (p. 20)

1.4.4.2 Clasificación

- **Menopausia fisiológica o menopausia espontanea**

Pou, R. (2002 c) La menopausia espontánea es la consecuencia del agotamiento del "capital folicular" de los ovarios. Como explicamos en el comienzo del capítulo, el número de óvulos y folículos que contienen los ovarios es máximo algún tiempo después de la concepción del feto de sexo femenino.

O sea que desde antes de nacer, en los ovarios están presentes todos los óvulos de que dispondrá a lo largo de toda la vida (capital folicular), no se forman nuevos óvulos más tarde.

Esto es distinto de lo que sucede en el varón, cuyos espermatozoides se siguen produciendo a lo largo de casi toda la existencia.

Ya durante la vida intrauterina y en la etapa previa a la adolescencia algunos óvulos degeneran y desaparecen: es la atresia, que continúa ocurriendo más adelante también. Durante la fase reproductiva (desde la primera menstruación hasta la última) a los anteriores se suman los óvulos que se "gastan" en cada ovulación mensual (unos 500 en el curso de toda la vida). Estos dos hechos, la atresia y la ovulación, explican que progresivamente se vayan consumiendo las reservas de óvulos, se consuma progresivamente el capital folicular.

Es así que al llegar promedialmente, en condiciones normales, a los 50 años, los ovarios contienen muy pocos óvulos (menos de mil). Como la secreción de estrógenos y progesterona depende, según vimos antes, de la actividad de las paredes que rodean a los óvulos y que constituyen el folículo, al agotarse los óvulos también dejan de producirse las hormonas ováricas.

Ya que de ellas dependen el crecimiento y descamación mensual del endometrio, que se manifiesta por la menstruación, ésta deja de ocurrir: es la menopausia. Puesto que las hormonas ováricas ejercen efectos sobre todo el organismo de la mujer, su falta ocasiona una serie de cambios o modificaciones y de síntomas, que

en su conjunto constituyen el síndrome climatérico (síndrome significa conjunto de síntomas y signos) o climaterio, sea este pre, peri o post menopaúsico).

- **Menopausia precoz o menopausia prematura.**

En algunos casos, la menopausia sucede antes de lo habitual. Si ocurre con anterioridad a los 40 años, se denomina menopausia prematura o precoz o, según la más reciente y adecuada terminología, falla ovárica prematura. Si se considera una población de mujeres de 30 años o menos, la misma ocurre en el 1% de los casos; si se toma un grupo de 40 años o más, se observa en el 10%. No se trata, por consiguiente, de una situación demasiado rara.

La misma puede obedecer a influencias genéticas: la más común es el síndrome del X frágil, que consiste en una alteración de este cromosoma sexual que determina falla ovárica prematura en las mujeres portadoras y retardo mental en los varones.

También puede ser debida a intervenciones quirúrgicas sobre los ovarios, de ahí que se deba ser siempre cuidadoso cuando se practican operaciones, para no sacar más que la cantidad necesaria y mínima de tejido ovárico. Otras causas son las infecciones, las enfermedades autoinmunitarias (presencia de anticuerpos contra los propios tejidos del organismo, que se acompañan de otras enfermedades también autoinmunitarias: vitíligo, anemia perniciosa, tiroiditis, diabetes, etc.), las radiaciones, las drogas (en especial las que se emplean en la quimioterapia del cáncer), que han reducido el capital folicular.

Con respecto a estas dos últimas causas, debe tenerse en consideración que son hoy en día cada vez más frecuentes los casos afortunados de mujeres que sobreviven luego de un tratamiento por un tumor maligno y que por consiguiente pueden tener una menopausia prematura. Esta debe ser tenida muy en cuenta, ya que las consecuencias de la falta de hormonas (arteriosclerosis, osteoporosis, atrofia vaginal, trastornos urinarios) pueden presentarse a edades menores de lo habitual.

Si bien en la mayoría de los casos la falla ovárica es definitiva, en raras ocasiones las menstruaciones y la capacidad de concebir un hijo retornan luego de transcurrido cierto tiempo. No se han observado mayor porcentaje de malformaciones congénitas en los hijos de estas mujeres.

- **Menopausia artificial**

Muchas mujeres, a consecuencia de enfermedades del aparato reproductor o en otros sectores del organismo, reciben tratamientos que anulan la función ovárica, ya sea porque se le extirpan los ovarios o porque reciben radiaciones o drogas anticancerosas: es la menopausia artificial.

En estas circunstancias, la desaparición de las hormonas femeninas es brusca y absoluta y suele ocurrir en edades muy anteriores a las de la menopausia espontánea. El cuadro clínico es mucho más importante (síndrome climatérico más intenso) y las consecuencias a largo plazo, que estudiaremos más adelante, se observan con más precocidad. Por esas razones está justificada en estos casos, salvo que existan contraindicaciones, la administración de hormonas lo antes posible.

Se agrega a lo anterior que en estas circunstancias, aparte de verse privadas de las hormonas femeninas, estas mujeres lo son también de las masculinas (andrógenos), que continúan siendo segregadas largo tiempo después de la menopausia espontánea. A consecuencia de su déficit, se puede observar un cuadro clínico, caracterizado por disminución de la libido, pérdida de peso, reducción de la masa muscular y de la fuerza física, afinamiento de la piel y pérdida del vello sexual.

A esta situación, que también puede observarse tardíamente luego de la menopausia espontánea, se la denomina síndrome de carencia androgénica (o andropausia femenina). Puede resolverse con la administración de pequeñas dosis de hormonas masculinas.

Una situación especial es la de aquellas mujeres a las que se les extirpa el útero, conservando los ovarios; si bien no menstrúan más, mantienen la función ovárica (incluso presentan mensualmente muchos de los síntomas premenstruales) hasta la edad en que habitualmente ocurre la menopausia. Estas no requieren la administración de hormonas hasta entonces. Se ha visto, no obstante que la decadencia de la secreción de hormonas por los ovarios suele adelantarse en mujeres sin útero. (pp. 21-23)

1.4.4.3 Signos y síntomas

- **Alteraciones menstruales en la pre menopausia.**

Pou, R. (2002 d) En el período pre menopáusico las manifestaciones más precoces son las alteraciones de la menstruación. Algunos años antes de la menopausia el cuerpo amarillo comienza a producir menos progesterona (ya sea en la cantidad o en el número de días durante las que la segrega): es la insuficiencia del cuerpo amarillo o fase lútea insuficiente. Más tarde, la ovulación deja de ocurrir (anovulación), aun cuando los folículos continúan desarrollándose y produciendo estrógenos.

Las menstruaciones se presentan irregularmente, ya sea con mayor frecuencia (cada 15 o 20 días), o, por el contrario, cuando el folículo persiste más días de lo normal, con menor frecuencia (cada 35 o más días).

En este último caso, el endometrio, estimulado únicamente por los estrógenos, crece en exceso y su espesor alcanza el doble o triple de lo normal: es la llamada hiperplasia endometrial. Es lógico que cuando esta capa descama o se desprende, el sangrado sea muy abundante y duradero. Estas mujeres, que han tenido un atraso menstrual más o menos prolongado, seguido por una hemorragia fuera de lo común, frecuentemente la interpretan como un embarazo seguido de un aborto espontáneo.

Además, estos sangrados profusos y frecuentes pueden determinar anemia, por pérdida excesiva de sangre, con el consiguiente cuadro de palidez, decaimiento, debilidad, dolores de cabeza, palpitaciones e incluso desmayos.

- **Los sofocos**

A medida que se aproxima la menopausia es mayor el porcentaje de mujeres que presentan un síntoma muy característico, casi podría decirse definitorio del climaterio: los sofocos, tuforadas, acaloradas o bochornos.

Hay aproximadamente una tercera parte de las mujeres que no los tendrán jamás, otra tercera los padecerán en forma muy leve y las restantes, los sufrirán con gran intensidad.

El mecanismo de su producción consiste en la alteración del funcionamiento del centro regulador de la temperatura corporal, ubicado en el hipotálamo. En condiciones normales este se comporta como un termostato: si la temperatura sube, se activa el mecanismo que pone en acción medios para perder calor: dilatación de los vasos sanguíneos de la piel (rubor, calor), estímulo de las glándulas sudoríparas (la transpiración, al evaporarse en la superficie del cuerpo, ocasiona enfriamiento). Cuando la temperatura desciende, el termostato se inactiva.

Si disminuyen los estrógenos, el funcionamiento del termostato se altera, de modo que su umbral disminuye; en otras palabras los mecanismos para perder calor se ponen en acción a temperaturas inferiores a las que lo estimulan habitualmente y por eso algunas climatéricas experimentan calores en condiciones en que otras personas perciben como agradables o incluso frescas.

- **Sofocos y calidad del sueño**

Los sofocos pueden acontecer durante la noche y ocasionar insomnio, despertares o sueño intranquilo. Muchas mujeres despiertan en medio de la noche empapadas en transpiración, lo que las obliga a destaparse, desabrigarse y, no pocas veces, a levantarse para una ducha y cambio de sus ropas.

Si se suma a esto la sensación de frío que los sigue, puede explicarse la incomodidad que manifiestan nuestras pacientes y la situación de verdadera desesperación que puede llegar a crearles un síntoma que, por lo demás, es bastante inocente.

Mediante estudios electroencefalográficos se ha comprobado que el despertar precede al inicio del sofoco, lo cual indica que se trata de una reacción de todo el sistema nervioso frente a la falta de hormonas ováricas.

- **Cambios psico-conductuales**

En muchos casos se acentúan algunos rasgos de la personalidad que ya estaban presentes con anterioridad: la depresiva se vuelve más melancólica; la ansiosa, vive presa de sus tensiones; la ciclotímica, es aún más variable. Es frecuente que la mujer se vuelva más irritable, más sensible ante situaciones que corrientemente no la afectaban, más intolerante frente a hechos banales. Podrían decir con el poeta “cuando quiero llorar no lloro y a veces lloro sin querer...”. Por los síntomas ya descritos, por la hostilidad del medio en que vive y a causa del mal descanso nocturno, ve reducida su competencia física y psíquica, así como para encarar las situaciones, con lo que la vida diaria se convierte en una sucesión de hechos agresivos, que a su vez generan más tensión y ansiedad.

Muchas mujeres climatéricas sufren trastornos de su estado de ánimo (técnicamente denominados disforia). Pueden ser menores o reunir las características de una depresión, que es por lejos la enfermedad psiquiátrica más frecuente en el momento actual, en especial entre las mujeres y particularmente a esta edad de la vida.

Están vinculados con las variaciones hormonales que acontecen en esta época, del mismo modo que, por análogas razones, pueden observarse molestias similares en el período premenstrual (síndrome de tensión premenstrual).

Las personas tienen una disminución de la autoestima: consideran que no pueden, no valen, no son queridas, que no tienen razón para vivir, que su proyecto existencial se ha agotado; no tienen ilusión.

- **Ataques de pánico**

En mujeres con cierto perfil de personalidad, es bastante común que ocurran los ataques de pánico, que son crisis de angustia, que se manifiestan de muy diversas maneras.

Se trata generalmente de personas con un buen nivel de inteligencia, exageradamente responsables, perfeccionistas y exigentes (para sí mismas y con los demás), que no saben delegar responsabilidades, que abarcan –en consecuencia- cada vez más ocupaciones y que creen que nada de lo que sucede a su alrededor puede escapar a su control. Suelen ser rígidas en su conformación mental, en sus ideas, con poca capacidad de negociación, escasa condición para expresar sus propios sentimientos (se lo guardan todo, porque no es “de buena educación” demostrar lo que le pasa o si no está atravesando un buen momento). Hay que estar al tanto de lo que es un ataque de pánico para poder identificarlo.

En ocasiones ocurre mucho tiempo después de un hecho tensionante (puede ser la menopausia o alguna situación existencial vinculada en el tiempo con ella); si se analiza la situación parece que no hay en la historia reciente ningún factor detonante; todo es apacible; pero si se recuerda con más atención, casi siempre se encuentra una circunstancia que afectó sobremanera a la persona, la que, por su personalidad peculiar, disimuló y enterró en el subconsciente.

- **Sequedad vaginal e infecciones**

Las causas de la sequedad vaginal son:

- ✓ La disminución de la producción de moco a nivel del cuello uterino, el que normalmente contribuye a lubricar el canal vaginal.

- ✓ La reducción de la cantidad de líquido que trasuda a través de la pared y de sangre que circula por los vasos de las paredes vaginales, lo que también lleva a disminuir la humedad local.
- ✓ La menor elasticidad de los músculos del órgano.
- ✓ El afinamiento del revestimiento interno (epitelio vaginal), al reducirse el número de capas de células que lo constituyen.

- **Modificaciones Vulvares**

También la vulva sufre modificaciones a consecuencia de la disminución de los estrógenos. Sus labios (mayores y menores) se vuelven más atróficos, la piel que los recubre, más fina y susceptible de sufrir irritación por efecto de las agresiones mecánicas (roces, traumatismos) o de las infecciones (es frecuente que las infecciones vaginales afecten también la vulva), con edema, enrojecimiento y sensación de ardor o prurito.

En su conjunto, la vulva se vuelve más estrecha y menos elástica, lo que también determina dificultades en ocasión del coito.

Las molestias vulvares y vaginales son las que se mencionan a continuación:

- ✓ Sensación de sequedad o falta de lubricación, particularmente penosa cuando se mantienen relaciones sexuales, las que ocasionan dolor, el que puede llevar a no experimentar orgasmo (anorgasmia) y a que la mujer las evite o espacie.
- ✓ Comezón o ardor en la vulva, lo que junto a la disminución de la elasticidad de los tejidos, también puede hacer doloroso el coito, en especial en el momento de la penetración.
- ✓ Flujo, de aspecto variado, con frecuencia asociado a mal olor, que muchas veces conduce a las pacientes a repetir las irrigaciones, los lavados y al empleo de desodorantes. Todos estos son factores que, a su vez, incrementan la irritación y barren la flora vaginal normal.

- **Infección urinaria.**

Una situación común después de la menopausia es la infección urinaria a repetición. La misma puede ser totalmente asintomática, diagnosticable únicamente mediante un análisis llamado urocultivo, o bien manifestarse por cistitis (mayor frecuencia en las micciones, sensación de deseos de orinar sin tener casi orina en la vejiga; sensación de continuar con deseos de orinar una vez evacuada la vejiga) o por pielonefritis (dolor en una o ambas regiones lumbares, frecuentemente acompañado de fiebre). En estos dos últimos casos la orina suele ser turbia y fétida.

Las razones que explican estas infecciones en la menopausia son varias:

- ✓ La mayor frecuencia de infecciones vaginales y vulvares, cuyos microbios ascienden y atacan el aparato urinario.
- ✓ Una incompleta evacuación de la vejiga, en especial si hay un mal funcionamiento muscular o prolapso o bien si hay retención de orina por prolongación de los períodos entre micción y micción.

En ambas circunstancias, en la orina estancada proliferan los microbios que terminan alcanzando número suficiente para provocar una infección.

El revestimiento interno de la vejiga, al igual que el de la vagina, es sensible a los estrógenos y, al faltar estos, se afina, por lo que se vuelve más susceptible de ser agredido o atacado por las bacterias. (pp. 24-42)

1.4.4.4 Medios de diagnósticos (cuadro clínico).

Todo menopausia (s.f) El diagnóstico de la menopausia suele ser retrospectivo.

El dato más importante es la amenorrea o el cese de la menstruación desde al menos 6 meses (FIGO - Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) ó 12 meses (OMS – organización mundial de la Salud).

La FSH es una hormona que estimula la producción de óvulos y el Estradiol es la hormona responsable del crecimiento del útero, las trompas de Falopio y de

mantener un buen trefismo de la vagina. Niveles mayores de 40U/l de FSH y menores de 25pg/ml de Estradiol sugieren una situación de agotamiento folicular (óvulos agotados). (párr. 1-5)

Alvarado García et al. (2013), Inicia con variaciones en la duración del ciclo menstrual y con un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH, por sus siglas en inglés), sin incremento de la hormona luteinizante (LH); termina con la ausencia de la menstruación por 12 meses. (p. 215)

- **Manifestaciones clínicas.**

Alvarado García et al. (2013 a), La clasificación para entender la cronología del envejecimiento reproductivo en la mujer (reconocida como STRAW) es útil para determinar los cambios clínicos, endocrinos y reproductivos. Esta clasificación contempla ciclos menstruales, síntomas, mediciones de FSH, LH, inhibina B, hormona antimulleriana y cuenta folicular, lo cual varía en virtud de la etapa en la que se encuentre la mujer: reproductiva, transición a la menopausia y posmenopausia. La clasificación STRAW es útil para detectar el diagnóstico en estas etapas.

Evaluar a la mujer y clasificar por medio de la clasificación de STRAW, identificar en qué etapa se encuentra, y clasificarla según cada caso en:

- Etapa reproductiva.
- Transición a la menopausia o perimenopausia.
- Postmenopausia.

El diagnóstico de menopausia se establece por la ausencia de menstruación por 12 meses o más en mujer con útero.

El diagnóstico del síndrome climatérico es clínico, se basa en una historia clínica orientada y fundamentada en trastornos menstruales, síntomas vasomotores (bochornos o sudoraciones), manifestaciones genitourinarias, trastornos psicológicos (cambios del estado de ánimo, ansiedad, depresión, alteraciones del patrón de sueño).

- **Pruebas diagnósticas.**

Los niveles arriba de 25 UI/L de FSH se observan en transición a la menopausia y en la posmenopausia, y es la amenorrea por más de 12 meses lo que marca la menopausia.

La medición de FSH o de hormona antimulleriana será en casos con duda diagnóstica o en mujeres con histerectomía para el diagnóstico de menopausia o transición a la menopausia.

El metabolismo de los lípidos, de la glucosa, la distribución de grasa en el centro del cuerpo se alteran en la transición de la menopausia o menopausia con incremento del riesgo cardiovascular, y aumento del síndrome metabólico.

La evaluación integral de la mujer en etapa climatérica debe incluir los siguientes estudios:

- ✓ Citología cervicovaginal.
- ✓ Perfil de lípidos.
- ✓ Glucosa sérica.
- ✓ Ultrasonido pélvico.
- ✓ Examen general de orina.
- ✓ TSH sérica. (p. 217)

1.4.4.5 Tratamiento

1.4.4.5.1 Hormonoterapia de reemplazo (HTR): estrógenos y progestágenos.

Pou, R. (2002 e) La hormonoterapia de reemplazo o de sustitución consiste en la administración de las hormonas ováricas que disminuyen o desaparecen después de la menopausia. Lo que se procura es volver a las mismas condiciones en que estaba la mujer durante la fase reproductiva cuando el ovario funcionaba normalmente.

Se utilizan hormonas naturales, o sea las mismas que segrega el ovario desde la menarquia a la menopausia, de modo tal que circulen por la sangre en cantidades similares a las halladas durante el ciclo menstrual.

Los estrógenos presentes en la sangre durante la vida reproductiva son el estradiol (que es el más potente y abundante), la estrona y el estriol (que son más débiles y escasos). Los que se emplean en el tratamiento son los mismos: el 17-Beta-Estradiol y los estrógenos equinos conjugados, que reciben este nombre porque se obtienen de la orina de yeguas preñadas y que contienen gran variedad de sustancias, entre ellos estrona.

- **Estrógenos por vía oral.**

Los estrógenos pueden administrarse por vía oral, en forma de comprimidos, diariamente. Se dispone tanto de estradiol, en dosis de 1 y 2 mgrs, como de estrógenos equinos conjugados, en dosis de 0,625 y 1,25 mgr.

- **Estrógenos a través de la piel.**

Disponemos de estradiol en forma de gel y de parches. Estos últimos se adhieren a la piel del abdomen, nalgas o miembros y liberan la hormona, que pasa a través de la piel a la sangre.

Las dosis disponibles abarcan un amplio abanico, de 25, 37,5, 50, 75 y 100 microgramos. Se cambian una o dos veces por semana (según que se trate de un parche tipo matriz o con reservorio, respectivamente), alternando el sitio de aplicación.

- **Estrógenos en implantes debajo de la piel.**

Desde largo tiempo atrás se han utilizado pequeñas "perlas" o "pellets" de estradiol, que se implantan debajo de la piel de la espalda o de los brazos, a través de una pequeña incisión que efectúa el ginecólogo bajo anestesia local. Allí quedan y se van reabsorbiendo progresivamente, con lo que su efecto se prolonga por espacio de varios meses.

- **Estrógenos vaginales**

Es frecuente que, a los efectos de tratar las molestias vulvares y vaginales, se empleen óvulos o cremas de estradiol, de estriol (el estrógeno más débil) o de estrógenos equinos conjugados, que se colocan en la vagina diariamente o

algunos días por semana, preferentemente antes de dormir. La acción sobre la irritación, la sequedad o las molestias sexuales es rápida y evidente. Aunque las formas disponibles en nuestro mercado tienen sólo una acción local, las hormonas pueden alcanzar la circulación a través de la mucosa vaginal. De ahí que, utilizando las dosis adecuadas la vía vaginal puede emplearse para la administración de hormonas, no sólo por su efecto local, sino para lograr el mejoramiento de los sofocos y la protección del aparato cardiovascular y del hueso. (pp. 64-66)

1.4.4.5.2 HORMONOTERAPIA DE REEMPLAZO (HTR): ANDROGENOS

- **Tratamiento con andrógenos**

Pou, R. (2002 f) Lo primero a señalar es que este no supe sino que complementa a la HTR que hemos visto hasta ahora. Esto es importante a destacar, ya que si la mujer en tratamiento tiene útero, debe recibir, además de estrógenos y andrógenos, los progestágenos necesarios para la protección del endometrio.

Esta modalidad de hormonoterapia de sustitución consiste en la administración de testosterona en muy pequeñas dosis. Personalmente preferimos evitar la vía oral, ya que, de ser administrados de este modo, los andrógenos pasan en primera instancia por el hígado, con lo que pueden reducir o anular algunos de los efectos beneficiosos de los estrógenos (especialmente sobre el colesterol y las lipoproteínas). Por eso los utilizamos en forma de inyecciones de depósito intramusculares o de geles de absorción transdérmica.

En otros países existe larga experiencia con la utilización de parches cutáneos y de “pellets” subcutáneos de testosterona.

En nuestra experiencia, la utilización de andrógenos es particularmente importante en las mujeres luego de la castración, en las que, según ya fue

dicho, los síntomas, tanto climatéricos como andropáusicos son más ostensibles y precoces.

- **Efectos colaterales**

Un efecto colateral indeseable a tener en cuenta y una razón para cuidar mucho la dosificación y utilizar la mínima indispensable para cada paciente en particular, son las acciones sobre la piel: acné, hirsutismo, seborrea, pérdida de cabello (alopecia). Las dosis tendrían que ser exageradamente altas para que se observen cambios en la voz (abarratamiento de la voz) o aumento del tamaño del clítoris (hipertrofia clitoridiana). (pp. 70-71)

1.4.4.5.3 Efectos secundarios de la HTR

Pou, R. (2002 g) Al iniciar el tratamiento hormonal Ud. puede sentir una serie de molestias (sobre todo mamarias) que frecuentemente desaparecen después de algunas semanas. Además, debe saber que con un sabio manejo de la dosis, pauta y vía de administración, la mayoría de los efectos secundarios desaparecen, o al menos disminuyen considerablemente.

Cada mujer precisa de su propio traje a medida al hablar de HTR, y todo el éxito radican en encontrarlo en cada caso. Para eso se requiere paciencia y mucho diálogo con su médico.

- **Aumento de peso**

De las atribuibles a los estrógenos, se destaca el aumento de peso. Esta es una de las principales razones que las pacientes esgrimen para abandonar el tratamiento. Sin embargo, salvo unos 200 o 300 gr, que pueden deberse a retención de sales y de agua, generalmente no se observan grandes variaciones en el peso corporal a causa de la HTR. Si esto sucede, probablemente esté comiendo demasiado; procure ajustar las calorías de su dieta y aumentar el ejercicio físico. Incluso se sabe que las mujeres que luego de la menopausia no recibe hormonas tienen más tendencia a aumentar de peso y,

especialmente, a presentar una distribución peligrosa de la grasa corporal, con predominio en la región abdominal.

- **Dolor mamario**

Otro síntoma molesto que pueden experimentar quienes inician la estrogenoterapia es la sensación de tensión o dolor en las mamas, denominada mastalgia o mastodinia. También los gestágenos pueden contribuir a ella. Como consejos prácticos para combatirla, reduzca la sal en la comida, suprima el café, el té y el chocolate (cafeína y xantinas), tome pequeñas dosis de Vitamina B 6 y en casos severos, pida a su médico que le recete diuréticos que no provoquen pérdida de potasio, a dosis bajas y en días alternos.

Se ha mostrado también muy eficaz para combatir este síntoma la aplicación de gel de progesterona, diariamente sobre las mamas; esta hormona actúa localmente y no pasa a la circulación.

- **Dolor de cabeza**

Los dolores de cabeza (cefaleas) pueden presentarse al inicio de la HTR. Pueden obedecer a retención hidro-salina y raramente a aumento de la presión arterial. Contrariamente a lo que se postuló hasta ahora, se ha comprobado experimentalmente que los estrógenos disminuyen la presión arterial por dilatación de las arterias más pequeñas. También se ha visto que algunos casos de jaqueca o migraña, que aparecen o se exacerban con la menopausia, mejoran con la administración de estrógenos.

- **Hormonas y cáncer**

Una de las razones por la que algunos médicos poco informados y ciertas pacientes se resisten al empleo de hormonas ováricas, es el temor de que ocasionen la aparición de cáncer. No es infrecuente oír que “las hormonas son armas de doble filo”, que pueden ocasionar cáncer. Los dos tumores más temidos son el de endometrio y el de mama, puesto que ambos tejidos normalmente responden a la estimulación hormonal.

- **Cáncer de endometrio.**

La historia reciente de las observaciones en materia de terapéutica hormonal es interesante e instructiva al respecto. Se dispone de estrógenos para usar como medicación desde hace más de 50 años.

En la década de los años 60, a instancias de las publicaciones del ginecólogo norteamericano Wilson, quien postuló "estrógenos para siempre" para conservar la juventud y los atributos de femineidad, se emplearon masivamente este tipo de hormonas.

Algunos años después, comenzó a observarse un incremento en la frecuencia de cáncer de endometrio. A raíz de esto se produjo una disminución considerable en las ventas de estrógenos, debido al justificado temor que esas publicaciones despertaron.

En los años 70, el especialista Don Grambell y de ahí en adelante todos los estudios realizados, mediante el estudio de grandes poblaciones de mujeres posmenopaúsicas, llegaron a demostrar que cuando a los estrógenos se agregan gestágenos, aún a bajas dosis, durante por lo menos doce días cada mes, la frecuencia de cáncer de endometrio disminuye enormemente y alcanza cifras inferiores a las comprobadas entre mujeres que no recibían ningún tratamiento.

Quiero que preste atención a este dato: si se administran estrógenos y gestágenos en la forma como lo preconizamos hoy día, la probabilidad de desarrollar un cáncer de endometrio es menor que si Ud. no recibe ningún tratamiento hormonal. En otras palabras, la HTR ejerce una influencia protectora contra el desarrollo del cáncer de endometrio.

- **Cáncer mamario.**

El otro cáncer sobre cuya aparición se piensa que pueden influir las hormonas ováricas es el de mama.

Sin lugar a dudas constituye una amenaza impresionante. En occidente una de cada diez mujeres padecerá un cáncer de mama. El número de mujeres afectadas por esta enfermedad aumenta proporcionalmente con la edad, o sea que, después de la menopausia su frecuencia se sigue incrementando. A más edad, mayor riesgo.

En consecuencia, es probable que una mujer después de los 50 años presente un cáncer mamario, independientemente de si recibe o no hormonoterapia. (pp. 83-86)

1.4.4.5.4 Contraindicaciones para la HTR

- **Antecedentes personales de cáncer de endometrio o cáncer de la glándula mamaria.**

Pou, R. (2002 h) Cuando una mujer ha tenido un cáncer de mama o de endometrio no deberían indicarse hormonas después de la menopausia.

Hoy día, sin embargo, se admite que cuando el cáncer de endometrio fue tratado eficazmente y la paciente se halla curada, pueden indicarse hormonas. Es más probable que quede inválida o muera a consecuencia de una enfermedad cardiovascular o por una complicación de la osteoporosis que debido a una diseminación o extensión del cáncer. Las hormonas disminuirán apreciablemente las primeras y no aumentarán el riesgo de la segunda. Insisto, si el tratamiento ha sido completo y efectivo.

Por supuesto que debe recibir HTR cualquier mujer a quien se haya practicado una histerectomía con extirpación de los ovarios, irradiación o quimioterapia por un cáncer de cuello de útero o de ovario. Recuerde que la disminución de las hormonas ováricas es en estos casos brusca y total y que sus consecuencias son mucho más graves.

- **Antecedente de trombo-embolismo reciente.**

Aquellas mujeres que hayan tenido una tromboflebitis, una embolia pulmonar o cerebral (coagulación de la sangre dentro de las venas y transporte de fragmentos de coágulos por la corriente sanguínea a sitios donde se obstruyan

arterias de poco calibre) o una alteración de la coagulación no deben recibir hormonoterapia.

- **HTR y diabetes.**

No deben emplearse hormonas ováricas en diabetes graves, con complicaciones y descompensaciones que no pueden resolverse con la dieta y la insulina.

Pero en las diabéticas tratadas y normalizadas, no hay inconvenientes para indicar HTR, es más, puede constituir un medio eficaz para posponer o evitar la aparición de las complicaciones cardiovasculares de esta enfermedad, por lo que decimos que constituye un real beneficio en estos casos y debe aconsejarse su empleo con más énfasis que en mujeres sanas. (pp. 92-93)

1.4.4.6 Medidas preventivas

- **Tratamiento físico.**

Pou, R. (2002 i) En su publicación titulada: “el comienzo de una etapa fecunda” Montevideo, 2002 nos informa que: Si hacer ejercicio es importante a cualquier edad, lo es más luego de la menopausia; podríamos decir que durante la juventud tenemos una salud física "regalada" y a medida que envejecemos se hace más importante la ejercitación física para lograr una vida plena y con las menores limitaciones.

Los riesgos más importantes asociados con la menopausia son:

- a) Una pérdida de la densidad de los huesos que puede conducir a la osteoporosis.
- b) Un aumento del riesgo de las enfermedades del sistema cardiovascular.

El ejercicio físico impide la reabsorción de calcio del hueso que ocurre en la menopausia y que es causa de dolores, limitación en los movimientos y fracturas.

- **Tratamiento alimenticio**

La nutrición de la mujer en la menopausia debe cumplir con los mismos principios que en cualquier otra etapa de la vida. Será por lo tanto:

- ✓ Balanceada.

✓ Equilibrada.

✓ Variada

Se procurará entonces que los nutrientes sean aportados en relación a los requerimientos y de forma de cubrir las necesidades conocidas de este período de la vida de la mujer, guardando el equilibrio entre ellos. Se propone además una oferta variada de alimentos que permita la continuación prolongada del plan sin hacerlo monótono o aburrido. Si bien en la planificación de la dieta se tendrá en cuenta su composición respecto a todos los nutrientes, se hace necesario insistir en forma especial en algunos de ellos en virtud de su relación con los cambios o las patologías vinculadas a la postmenopausia. (pp. 154-177)

1.4.4.7 Efectos de la menopausia (Respuesta sexual en la mujer menopaúsica)

González y Miyar (2001).

- **Desinterés sexual.**

La respuesta sexual femenina como parte de la sexualidad de la mujer durante el climaterio debe ser estudiada y comprendida con un enfoque de género, pues ello influye de manera decisiva en ella. Se sabe que durante esta época de la vida el desequilibrio y la disminución de los estrógenos producen alteraciones y atrofia en el aparato genital femenino, así como en el organismo en general; por tanto, es comprensible y lógico que la respuesta sexual también sufra modificaciones.

No obstante, la menopausia en sí misma no necesariamente es un momento de pérdida y desesperanza, y puede llegar a ser también una época de despertar sexual, pues las mujeres que aborrecían los métodos anticonceptivos, liberadas ya del miedo al embarazo, pueden expresar mayor frecuencia y variación del coito.

- **Excitación en la menopausia.**

No conlleva aumento de tamaño de los senos, pero persiste la sensibilidad en las mamas a la estimulación, disminuye la vasodilatación de las mamas, el rubor sexual se presenta con menos intensidad y frecuencia, hay una disminución de la

elevación del tono muscular, así como también una disminución de la actividad secretoria de las glándulas de Bartolino.

- **Meseta o Lubricación en la menopausia**

En el clítoris no hay cambios o son menores, la vagina pierde elasticidad y disminuye la expansión del órgano durante la cópula, se produce una disminución de la lubricación vaginal, y también hay una disminución de la formación de la plataforma orgásmica y una disminución de la elevación del útero dentro de la pelvis.

- **Orgasmo en la menopausia.**

Se produce un decrecimiento de la tensión muscular, y una menor intensidad del orgasmo. Es importante aclarar que no siempre el orgasmo es tan intenso, pues hay autores que lo conceptualizan "como si cada célula del cuerpo estallara con la fuerza de la vida en un anhelo de liberación hacia la unidad con todo el universo, y cuando algunas mujeres no logran esta intensidad pueden sentir frustración y complejos de culpa por algo que realmente no necesariamente tiene que ser tan intenso. (pp. 391-392)

- **Sangrados genitales luego de la menopausia.**

Pou, R. (2002 j) Una causa común de consulta durante el período perimenopáusicos son los sangrados, ya sea con conservación del ritmo menstrual o no.

En la postmenopausia, los sangrados pueden ser la consecuencia de la HTR. Si ocurren en la fecha prevista, no sólo no deben preocuparla sino que le indican el adecuado efecto de las hormonas sobre los órganos genitales.

Si los sangrados suceden fuera del momento esperado o en ausencia de HTR, han de ser objeto de estudio, tanto más atento y cuidadoso cuanto más tiempo haya transcurrido desde la última menstruación. En efecto, se puede aseverar que, hasta demostración de lo contrario, todo sangrado en la postmenopausia es debido a un cáncer de endometrio.

Está bien pensar así, a efectos de no descuidar una enfermedad que es tratable y curable en sus fases iniciales. Pero a continuación veremos que también puede obedecer a otras causas.

El endometrio es el revestimiento interno del útero. Luego de la menopausia, a medida que transcurren los años, tiene tendencia a disminuir de espesor, a atrofiarse. Una de las causas de sangrado puede ser esta atrofia. Conforme sangra la vagina o la piel atrófica porque los vasos están más próximos a la superficie y más susceptibles de romperse, también lo hace el útero.

No obstante, en particular en las mujeres obesas, a nivel de la grasa algunas hormonas masculinas, (producidas por el ovario y la suprarrenal) se convierten en estrógenos (en especial el tipo más débil llamado estrona). Puesto que no hay más progesterona que se oponga periódicamente a la acción de los estrógenos, estos, aun siendo poco activos y relativamente escasos, al ejercer su efecto por largo tiempo sobre el endometrio, pueden provocar su crecimiento excesivo (hiperplasia).

La hiperplasia puede abarcar toda la cavidad (difusa) o sectores de la misma, formando salientes, conocidas como pólipos, (únicos o múltiples). Cualquiera de estas situaciones puede ocasionar sangrado.

Finalmente, ya sea como exageración del proceso mencionado previamente o debido a la aparición de zonas anormales en medio del endometrio atrófico, puede ocurrir el cáncer de endometrio.

El mismo también tiene aspectos diferentes y grados de agresividad variables. Por lo común, si se diagnostica precozmente, no se le da tiempo para que invada el músculo vecino o se propague a distancia.

En estas circunstancias, la simple extirpación del útero, suele ser suficiente. Si está más extendido esa terapéutica debe asociarse con radiaciones. En general, salvo en las formas muy agresivas o extendidas, el pronóstico es favorable, en especial en aquellos casos derivados de una hiperplasia por estímulo hormonal exagerado y prolongado. (pp. 144-145)

1.5 EL CONOCIMIENTO: Para Lecca Y Pinchi (2012) El conocimiento puede ser entendido como el conjunto de información que posee un individuo respecto a un objeto o serie de objetos. Esta información puede estar limitada a las ideas que se hayan formado el individuo a partir de una percepción superficial y poca precisa o ir más allá y ser elaborada y organizada e incluir proposiciones acerca de la naturaleza de un objeto, explicaciones acerca de su comportamiento y razones en cuanto al por qué el objeto se comporta de una manera determinada en circunstancias específicas.

Esto ha conducido a filósofos y epistemólogos a desarrollar una teoría del conocimiento en la que se distingue entre crecer, saber y conocer, y entre conocimiento verdadero y falso. Entre los diversos tipos de conocimiento que existen los más estudiados son el ordinario y el científico. El conocimiento ordinario es un cuerpo heterogéneo de ideas, productos de la observación, la experiencia, la reflexión y la imaginación. Se caracteriza por ser un conocimiento que fundamentalmente se conserva y se transmite en forma oral; comprende los temas más variados de la naturaleza y de la vida del hombre en general. Sus contenidos se han ido desarrollando a lo largo de la vida y experiencias históricas sociales del hombre. Su formación ha implicado un largo proceso de observación, ensayo puesta a prueba, aprendizaje y comprensión, como también la crítica a los conocimientos adquiridos.

El conocimiento científico se refiere a una concepción del mundo y a una parte de él, difiere radicalmente del sentido común. Es producto de la actividad psíquica y su forma de procesar información en interacción con las formas aprendidas de elaborarla y las diversas experiencias en diversos contextos. Su origen puede ser el conocimiento ordinario, la observación casual, el conocimiento científico existente, la intuición, la formulación de preguntas o interrogantes de investigación, la experiencia frecuente con determinados aspectos de un objeto hasta que este llega a aclararse o comprenderse correctamente.

Conocimiento empírico: es aquel basado en la experiencia y, en último término, en la percepción, pues nos dice qué es lo que existe y cuáles son sus características, pero no nos dice que algo deba ser necesariamente así y no de otra forma; tampoco nos da verdadera universalidad. Consiste en todo lo que se sabe y que es repetido continuamente sin tener un conocimiento científico.

1.6 DEFINICION DE VARIABLES

Variable general: Conocimiento

Variable Interviniente: Características demográficas

OPERACIONLIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
Nivel de conocimiento sobre menopausia	Es el conjunto de información, ideas, conceptos sobre menopausia, sus etapas, signos y síntomas; donde la mujer reconoce a tiempo los cambios fisiológicos, psicológicos para llevar un tratamiento de acuerdo a las molestias durante esta etapa.	Es el grado de conocimiento adquirido que se tiene sobre la menopausia, signos y síntomas, tratamiento, mediante diversos medios de información, para la prevención de las molestias y para así poder tener una mayor calidad de vida. A través de un cuestionario	-Concepto de menopausia -Signos y síntomas -Medios diagnósticos -Tratamiento -Medidas preventivas	Retrospectivo -Clínico -sofocos -sequedad vaginal -ataques de pánico -cambios psico-conductuales -calidad del sueño -clínico (FSH-LH) Hormonoterapia de reemplazo -Tto físico -Tto alimenticio	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno (16-20 pts) • Regular (11-15 pts) • Bajo (0-10 pts)

Fuente: elaborado por el autor del estudio.

1.7 HIPÒTESIS

H1: Las usuarias de planificación familiar del centro de salud Nueva Sullana poseen alto nivel de conocimiento sobre menopausia.

1.8 OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar del centro de salud Nueva Sullana. Octubre- Diciembre 2017

Objetivos Específicos

- Describir las características demográficas de la población en estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana según el grupo etario.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana según grado de instrucción
- Identificar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana según estado civil.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Tipo de investigación: Cuantitativa de corte transversal.

Diseño de la investigación: Descriptiva simple.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población

La población estuvo constituida por todas las usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Nueva Sullana

Muestra

La muestra son las mujeres pre menopaúsicas, usuarias de planificación familiar del centro de salud de “Nueva Sullana”.

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

N: es el tamaño de la población.

α : es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5**.

q= probabilidad de fracaso= **0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando:

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 80}{79 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{76,8}{1,1575}$$

$$n = 66,7$$

La muestra del presente estudio estuvo conformada por un total de 66 personas, usuarias de planificación familiar del centro de salud Nueva Sullana.

2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Técnicas: Encuesta

Instrumentos: Ficha de recolección de datos, cuestionario de conocimiento.

Ficha de recolección de datos: Estuvo conformada por 20 premisas en donde se anotó información sobre los datos generales de la población encuestada.

Además se recolectó información sobre los antecedentes Gineco-obstétricos y las fuentes de información.

Cuestionario de conocimientos sobre climaterio: Estuvo conformado por un cuestionario de 20 preguntas de 4 alternativas con respuesta única, donde se interrogó acerca de las definiciones de menopausia y climaterio, efectos negativos a la salud por climaterio y menopausia, beneficios, riesgos de la terapia hormonal y fuente de información sobre menopausia entre otras. Para la interpretación de estos resultados se utilizó la escala de estaciones, que permitió categorizar el conocimiento en bueno, regular y bajo.

El nivel de conocimientos se midió de acuerdo a las respuestas obtenidas; respuesta correcta = 1 puntos y respuesta incorrecta = 0 puntos; el total me dio como resultado en:

- Bueno = 16 a 20 puntos
- Regular = 11 a 15 puntos
- Bajo = 0 a 10 puntos

Validación y confiabilidad del instrumento: Se realizó una prueba piloto con 20 pacientes, en el que se evaluó el cuestionario de conocimientos a través del coeficiente alfa obteniéndose un Coeficiente alfa $>.8$ es bueno. Los Item del instrumento se evaluaron a través del coeficiente alfa de Cronbach, observándose un valor de 0,861, es decir una muy fuerte confiabilidad; por tanto se demostró que el instrumento es confiable para su aplicación.

2.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para poder recolectar los datos se hizo la coordinación con el jefe del centro de salud Nueva Sullana, así mismo se realizó la ejecución en el mismo establecimiento con un lapsus de 30 minutos.

2.5 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

- a) Principio de beneficencia: Garantía de no sufrir daño: Esto se refiere a que los participantes no fueron expuestos a experiencias que les provoque incomodidad, para ello el instrumento fue aplicado solo por el investigador.
- b) Principio de respeto a la dignidad humana: Las participantes tuvieron la libertad de participar en forma voluntaria, así como la libertad de retirarse en el momento que desearan.
- c) Consentimiento informado: A las participantes se les informó que los datos obtenidos serán utilizados en forma confidencial y que a ellos sólo tendrá acceso el investigador. Se incluyó un formulario de consentimiento, el cual documenta la participación voluntaria, después que recibieron una explicación completa sobre sobre la investigación.

- d) Principio de anonimato: Los datos fueron manejados en forma anónima solo para la investigación.
- e) Principio de ética: Se respetó la integridad de las participantes sin interrumpir el procedimiento.

2.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de la variable, se utilizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Finalmente los resultados se presentaron en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación se consideró en el marco teórico. Para ello se empleó el programa SPSS versión 20.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Tabla N° 1: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Variables	Recuento	% del N de la columna	
Edad	25-30	27	40,9%
	30-35	13	19,7%
	35-40	16	24,2%
	40-45	10	15,2%
	Total	66	100,0%
Grado de Instrucción	primaria incompleta	8	12,1%
	primaria completa	8	12,1%
	secundaria incompleta	9	13,6%
	secundaria completa	23	34,8%
	Técnica	11	16,7%
	Superior	7	10,6%
	Total	66	100,0%
Religión	Católica	42	63,6%
	Evangélica	21	31,8%
	testigo de jehová	3	4,5%
	Mormona	0	0,0%
	Atea	0	0,0%
	Total	66	100,0%
Estado civil	Soltera	5	7,6%
	Casada	37	56,1%
	Divorciada	0	0,0%
	Separada	4	6,1%
	Conviviente	20	30,3%
	Total	66	100,0%

FUENTE: Cuestionario aplicado a las usuarias del programa planificación familiar C.S Nueva Sullana

DESCRIPCIÓN:

De 66 encuestadas según edad 40,9% (27) tienen entre 25-30 años, 24,2% (16) tienen entre 35-40 años, 19,7% (13) tienen entre 30-35 años y 15,2% (10) tiene entre 40-45 años.

De 66 encuestadas según grado de instrucción 34,8% (23) tienen secundaria completa, 16,7% (11) tienen grado de instrucción técnica, 13,6% (9) tienen secundaria incompleta, 12,1% (8) tiene primaria incompleta, 12,1% (8) tienen primaria completa y 10,6% (7) tienen grado de instrucción superior.

De 66 encuestadas según religión 63,6% (42) son católicas, 31,8% (21) son evangélicas y 4,5% (3) son testigos de Jehová.

Finalmente de 66 encuestadas según estado civil 56,1% (37) son casadas, 30,3% (20) de las usuarias son convivientes, 7,6% (5) son solteras y 6,1% (4) son separadas.

Tabla N° 2: CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	20	30,3	30,3	30,3
Regular	34	51,5	51,5	81,8
Bueno	12	18,2	18,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

FUENTE: Cuestionario aplicado a las usuarias del programa planificación familiar C.S Nueva Sullana

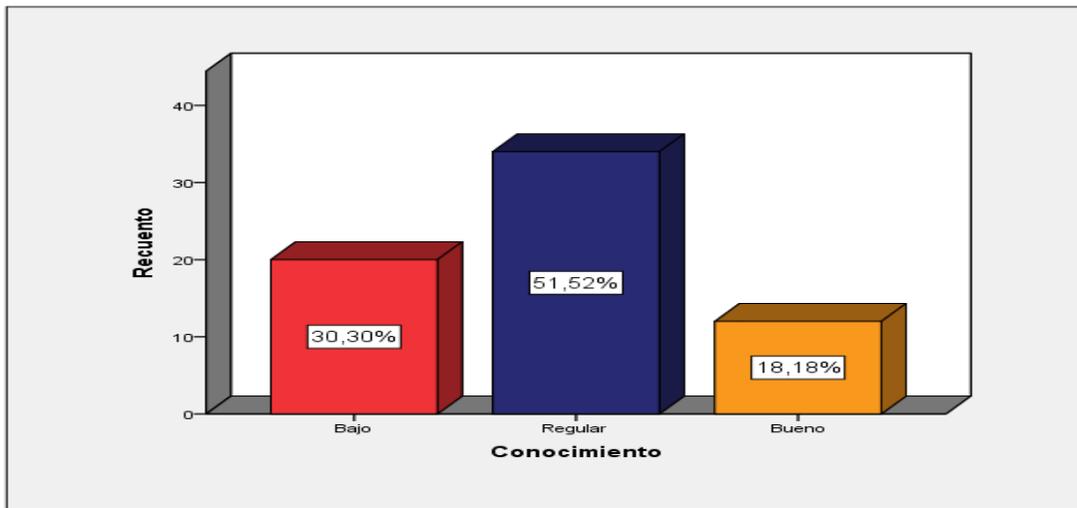


GRAFICO N°1 CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

INTERPRETACION: Fueron encuestadas 66 usuarias de planificación familiar de las cuales 51,5% tienen nivel de conocimiento regular, seguido de 30,3% con nivel de conocimiento bajo y finalmente 18,2% nivel de conocimiento bueno.

Tabla N° 3: CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN GRUPO ETARIO.

Conocimiento	Edad				Total
	25-30	30-35	35-40	40-45	
Bajo	6 9,1%	5 7,6%	7 10,6%	2 3,0%	20 30,3%
Regular	13 19,7%	8 12,1%	8 12,1%	5 7,6%	34 51,5%
Bueno	8 12,1%	0 0,0%	1 1,5%	3 4,5%	12 18,2%
Total	27 40,9%	13 19,7%	16 24,2%	10 15,2%	66 100,0%

FUENTE: Cuestionario aplicado a las usuarias del programa planificación familiar C.S Nueva Sullana

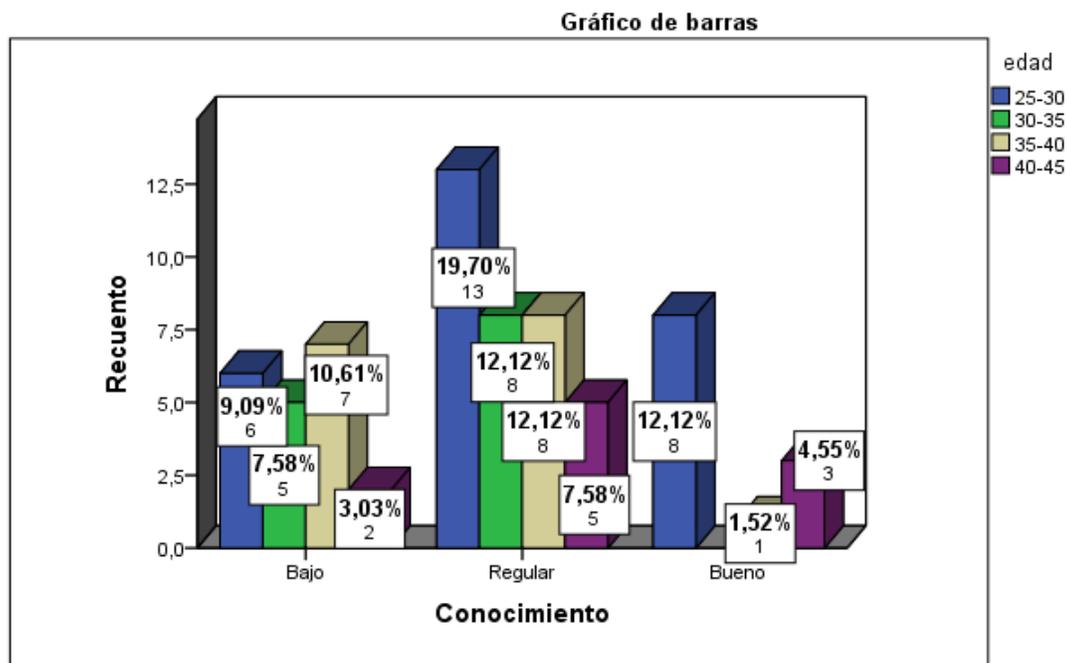


GRAFICO N°2 CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN GRUPO ETARIO.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,828 ^a	6	,184
Razón de verosimilitudes	11,135	6	,084
N de casos válidos	66		

a. 7 casillas (58.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 1.82.

INTERPRETACION: De 66 usuarias de planificación familiar encuestadas, la mayoría con 40,9% fueron de 25-30 años de edad, de las cuales 19,7% obtuvieron nivel de conocimiento regular, seguido de 12,1% que tienen nivel de conocimiento bueno y solo 9,1% tiene nivel de conocimiento bajo respecto a este tema.

24,2% de las usuarias tienen entre 35-40 años de edad, de ellas 12,1% tienen nivel de conocimiento regular, 10,6% tiene un nivel de conocimiento bajo y solo 1,5% obtuvieron nivel de conocimiento bueno.

19,7% de las usuarias tienen entre 30-35 años, de las mismas 12,1% tienen nivel de conocimiento regular, 7,5% nivel de conocimiento bajo y ninguna posee nivel de conocimiento bueno.

Finalmente 15,2% de las encuestadas tiene entre 40-45 años de edad, de ellas 7,6% tienen nivel de conocimiento regular, seguido por 4,5% con nivel de conocimiento bueno y solo 3,0% obtienen nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 4: CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION.

Conocimiento	Grado de instrucción						Total
	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Técnica	Superior	
Bajo	4 6,1%	3 4,5%	4 6,1%	7 10,6%	1 1,5%	1 1,5%	20 30,3%
Regular	4 6,1%	3 4,5%	4 6,1%	13 19,7%	7 10,6%	3 4,5%	34 51,5%
Bueno	0 0,0%	2 3,0%	1 1,5%	3 4,5%	3 4,5%	3 4,5%	12 18,2%
Total	8 12,1%	8 12,1%	9 13,6%	23 34,8%	11 16,7%	7 10,6%	66 100,0%

FUENTE: Cuestionario aplicado a las usuarias del programa planificación familiar C.S Nueva Sullana

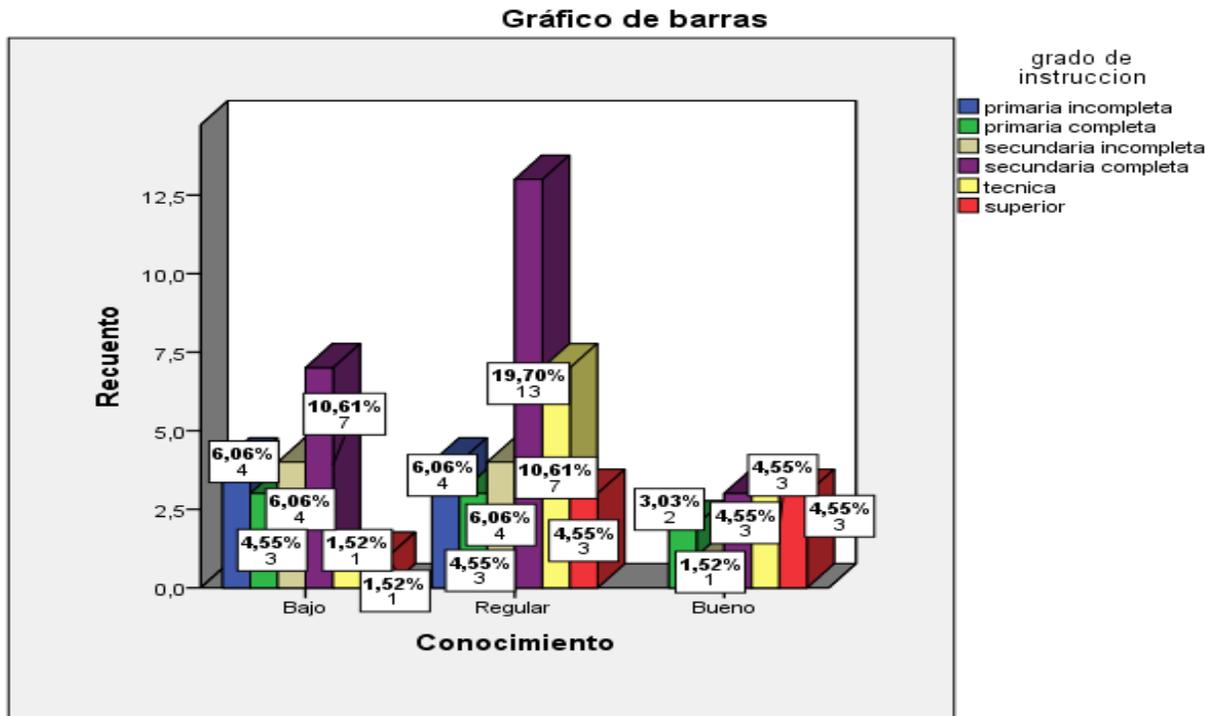


GRAFICO N°3

CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,989 ^a	10	,441
Razón de verosimilitudes	11,312	10	,334
N de casos válidos	66		

a. 15 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.27.

INTERPRETACION:

Durante el trabajo de investigación se encontró que entre las usuarias encuestadas, el grupo mayoritario tiene secundaria completa, constituido por 34,8 % del total de mujeres, donde 19,7% de las mismas tienen un nivel de conocimiento regular, seguido de 10,6% con nivel de conocimiento bajo y sólo 4,5% tienen nivel de conocimiento bueno respecto a menopausia.

16,7% de las usuarias tienen como grado de instrucción el nivel técnico, de ellas 10,6% tienen nivel de conocimiento regular, 4,5% tienen nivel de conocimiento bueno y 1,5% obtuvieron bajo nivel de conocimiento.

13,6% de las encuestadas tiene grado de instrucción secundaria incompleta, de ellas 6,1% obtuvieron nivel de conocimiento entre bajo y regular, solo 1,5% obtuvo nivel de conocimiento bueno.

12,1% de las usuarias tienen grado de instrucción primaria incompleta, de las mismas 6,1% tiene nivel de conocimiento entre bajo/ regular y ninguna con este grado de instrucción obtuvo nivel de conocimiento bueno.

12,1% de las encuestadas tienen grado de instrucción primaria completa, de ellas 4,5% tienen nivel de conocimiento entre bajo y regular y 3,0% obtuvo nivel de conocimiento bueno.

Finalmente 10,6% de las usuarias tienen grado de instrucción superior, de las cuales 4,5% tienen nivel de conocimiento entre regular/bueno y solo 1,5% obtuvieron nivel de conocimiento bajo respecto a la menopausia.

Tabla N° 5: CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN ESTADO CIVIL.

Conocimiento	Estado civil				Total
	Soltera	Casada	Separada	Conviviente	
Bajo	4 6,1%	11 16,7%	2 3,0%	3 4,5%	20 30,3%
Regular	1 1,5%	21 31,8%	2 3,0%	10 15,2%	34 51,5%
Bueno	0 0,0%	5 7,6%	0 0,0%	7 10,6%	12 18,2%
Total	5 7,6%	37 56,1%	4 6,1%	20 30,3%	66 100,0%

FUENTE: Cuestionario aplicado a las usuarias del programa planificación familiar C.S Nueva Sullana

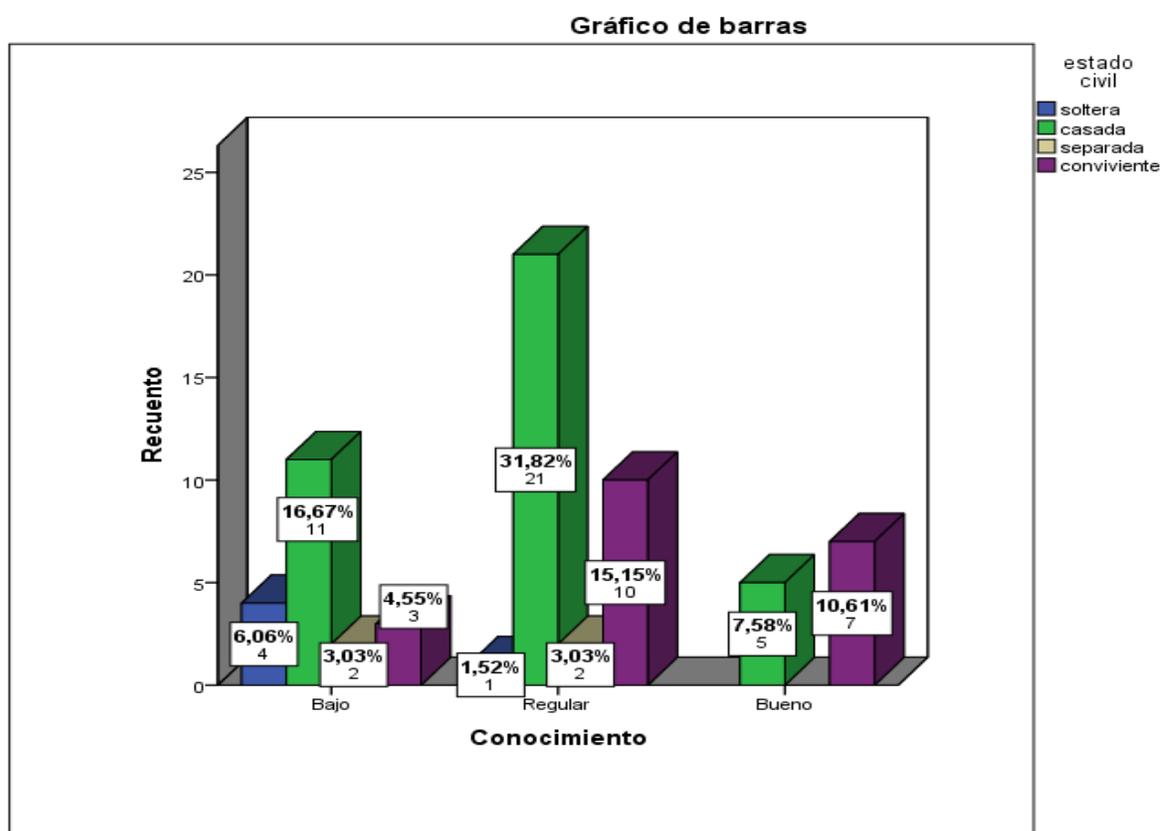


GRAFICO N°4 CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR SEGÚN ESTADO CIVIL.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,500 ^a	6	,052
Razón de verosimilitudes	12,793	6	,046
N de casos válidos	66		

a. 7 casillas (58.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es .73.

INTERPRETACION:

De 66 encuestadas, la mayoría (37) de usuarias de planificación familiar, su estado civil son casadas, constituyendo 56,1% de la población en estudio, de ese porcentaje el 31,8% tienen nivel de conocimiento regular, 16,7% tienen un nivel de conocimiento bajo y 7,6% de las mismas obtuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre menopausia.

30,3% de las usuarias encuestadas son convivientes, de ellas 15,2% tienen nivel de conocimiento regular, 10,6% tienen nivel de conocimiento bueno y 4,5% obtuvieron nivel de conocimiento bajo.

7,6% de las encuestadas son solteras, de las mismas 6,1% tienen nivel de conocimiento bajo, 1,5% tienen nivel de conocimiento regular y ninguna con este estado civil obtuvo nivel de conocimiento bueno.

Finalmente 6,1% de las usuarias son separadas, de ellas 3,0% tienen nivel de conocimiento entre bajo/regular y ninguna con este estado civil obtuvo nivel de conocimiento bueno sobre menopausia.

3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La menopausia hoy en día es tema de amplio investigación. El cual debe tener la importancia de todo el entorno familiar y social. En las últimas décadas se ha despertado gran interés por el estudio de la menopausia y todo lo concerniente a ello, pero sin embargo son muchas las interrogantes que aún existen sobre el tema, lo que conlleva a la necesidad de continuar las investigaciones.

Se quiere que cada vez sean más las mujeres que entiendan, que la menopausia y el envejecimiento son procesos fisiológicos, inexorables e irreversibles, estos deben aceptarse de manera juiciosa, lo cual no significa que conlleven a un deterioro en la calidad de vida y que todo lo que pueda hacerse para mejorar esos años de la vida, debe ser siempre bienvenido y celebrado. Todo aquello se puede lograr con la “educación para la salud”; los (las) obstetras con las capacidades, conocimientos y destrezas que poseen gracias a la base científica, pueden contribuir de manera oportuna en la atención de las mujeres, a través de un asesoramiento y apoyo en todo el tema que abarca la etapa de la menopausia.

Al realizar el presente estudio, se obtuvieron los siguientes alcances.

En la tabla N° 02 según el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana; 51,5% obtuvo nivel de conocimiento regular, seguido de 30,3% con nivel de conocimiento bajo y solo 18,2% nivel de conocimiento bueno.

En el estudio realizado por Castillo Valencia en el año 2016 lima-Perú, concluyen que las mujeres de 40 a 50 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, su nivel de conocimiento es medio constituido por (41,7%). Datos similares se encontró en un estudio realizado por Murrieta en el año 2016 Tarapoto-Perú, del total de mujeres entrevistadas 52,4% tienen nivel de conocimiento medio.

En un estudio realizado por Rondo Tolentino (2013). Trujillo-Perú, concluyo que 56% de las mujeres entrevistadas presentaron nivel de conocimiento medio en relación a la menopausia. Sin embargo en el año 2016 en el estudio realizado por Maco Caballero con respecto al nivel de conocimiento de la menopausia en el Hospital EsSalud Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo-Perú, se encuentro que 60,12% obtuvo nivel de conocimiento bueno respecto a este tema.

En otra investigación Torres Celi (2015) en su trabajo; Conocimiento, prácticas y actitudes sobre menopausia aplicada en mujeres mayores de 35 años que asisten a consulta externa concluyo que estos conocimientos son escasos.

Como ya se puso de manifiesto en este estudio realizado en el Centro de Salud Nueva Sullana en su mayoría el nivel de conocimiento fue regular, por ello se sugiere incrementar las sesiones educativas que se brindan a las usuarias de planificación familiar respecto a la menopausia y temas relacionado; fomentar el autocuidado de su salud, haciendo usos de los servicios gratuitos que se brindan a través de la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva. Además motivar hábitos saludables que contribuyan con la salud física, mental y emocional de las mujeres menopaúsicas.

En la tabla N° 03 el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana, según grupo etario, se obtuvo que el grupo mayoritario con 19,7% de la población en estudio entre las edades de 25-30 años tienen nivel de conocimiento regular. Estos datos se asemejan con el estudio realizado por Orellana Fárez 2015 Loja-Ecuador, cuyo instrumento aplicado fue la encuesta dirigida a las MEF donde se encontró que el mayor número de mujeres tiene entre 20-29 años (37,4%), de las cuales su nivel de conocimiento es regular respecto a la menopausia (33% conoce de este tema).

Datos similares se encontró en el estudio realizado por Solórzano Orellana Loja-Ecuador, donde se obtuvieron los siguientes datos, la mayoría de mujeres que participaron se encontraban entre las edades de 20 a 39 años (36,1%).

Sin embargo Maco Caballero Milagros Magaly (2016), en su investigación nivel de conocimiento sobre menopausia, se encontró que el nivel de conocimiento sobre menopausia en mujeres de 30 a 45 años en el año 2013 es bueno en 60,12%.

Muy al contrario en otra investigación realizada por Pugo Plaza & Quintuña Bravo, se encontró que 31,9% entre las edades de 45-49 años tienen nivel de conocimiento deficiente, datos similares muestra la investigación de Gerónimo Carrillo (2014) donde 60.6% está entre las edades de 40-45 años, por ello se encuentra en un nivel de conocimiento deficiente; al igual que Barrionuevo Vizcarra Kelly (Arequipa-Perú) en su investigación aplicada en mujeres de 40-45 años centro de Salud Maritza Campos Díaz, obtuvo que 53.1% de las mujeres se encontraban en nivel de conocimiento bajo.

Como ya se puso de manifiesto en este estudio realizado en el Centro de Salud Nueva Sullana en su mayoría las usuarias entre las edades de 25 a 30 años se encuentran en un nivel de conocimiento regular, por ello se sugiere que se ejecute la clave para que la mujer pueda alcanzar sin temor esta etapa de su vida, como es el conocimiento de sí misma mediante una buena información, educación para la salud, higiene de vida y prevención, dándole importancia a las valoraciones médicas, al ejercicio físico y a la alimentación para que de esta manera se pueda vivir este periodo de forma saludable y fructífera.

En la tabla N° 04 según el nivel de conocimiento sobre menopausia en relación al grado de instrucción de las usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana, se obtuvo que 19,7% de las usuarias con grado de instrucción secundaria completa tienen nivel de conocimiento regular siendo ese (13) el mayor número de encuestadas que lo conforman. Esta investigación se aproxima a los datos reportados por Correa Conde (Ecuador) quien realizó una investigación “conocimientos mitos sobre menopausia en mujeres del barrio Esmeralda Norte”, donde concluye que 59,76% de las mujeres con grado superior tienen nivel de conocimiento regular, datos similares se

encontró en el estudio por Molina & Belén (2015) cuenca, donde 49.5% con grado de secundaria tienen nivel de conocimiento medio.

Sin embargo en el año 2016 en el estudio realizado por Torres Jumbo con respecto a “conocimiento y mitos sobre menopausia en mujeres en edad fértil del barrio Zhucos”, se encuentra que 60.25% de las encuestadas con grado de primaria tienen nivel de conocimiento bueno; de igual manera Solórzano Orellana en un estudio aplicado en mujeres del barrio la Libertad –Loja- obtuvo un alto porcentaje en relación a los conocimientos sobre menopausia, se identificó que las mismas eran de escolaridad primaria y secundaria.

De forma distinta la investigación realizada por Gerónimo Carrillo Rodolfo (2014), en su investigación “conocimientos sobre climaterio y menopausia en mujeres indígenas”, se encontró que 33.5% de las mujeres con escolaridad primaria tienen nivel de conocimiento bajo, datos similares en el trabajo de Barrionuevo Vizcarra y Otros, donde 28,1% de la población en estudio con secundaria completa tienen bajo nivel de conocimiento.

Como ya se puso de manifiesto en este estudio realizado en el Centro de Salud Nueva Sullana en su mayoría las usuarias con secundaria completa tienen nivel de conocimiento regular, por ello se sugiere que esta información pueda ser usada de base para crear y llevar a cabo programas educativos de los cuales debe desarrollar el personal de salud para ayudar a la mujer en esta etapa de su vida. Paralelamente se podrían crear programas informativos destinados a las pacientes que acuden a la consulta para darles información y llegado el momento, puedan reconocer la menopausia y aceptarla sin complejos ni tabúes y puedan prevenir a tiempo algunas de las alteraciones que aparecen en esta etapa de la vida de la mujer, solicitando ayuda médica pertinente y oportuna. Además el personal de salud teniendo una paciente preparada podrá llevar a cabo una consulta más efectiva y provechosa.

En la Tabla N° 05 el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana, según estado civil, se obtuvo que la mayoría constituido por 31,8% de las mujeres encuestadas con estado civil casadas tienen nivel de conocimiento regular sobre este tema.

Resultados que coinciden con un estudio realizado por Molina Merchán & Belén (2015) aplicado en mujeres que acuden a consulta externa del dispensario central del IESS-Cuenca- se obtuvo que el mayor porcentaje 65% de las mujeres eran casadas, por ende la mayoría tienen un regular nivel de conocimiento respecto a la menopausia, datos similares se encontró en el estudio de Castillo Valencia (2016) Lima-Perú, donde se obtuvo que 48.5% de las mujeres de 40-59 años con estado civil casadas tienen un nivel de conocimiento regular (medio); así mismo se asemeja a la investigación de Murrieta Culqui (2016) en Tarapoto-Perú, donde se encontró que 41% de las mujeres encuestadas de estado civil casadas tienen un nivel de conocimiento medio.

Sin embargo en otra investigación Gerónimo Carrillo Y Otros en Chiapias-Mexico, se obtuvo que el mayor porcentaje constituido por 83.1% cuyo estado civil predominante son casadas y su nivel de conocimiento es deficiente, coincidiendo con Barrionuevo Kelly en el año (2015), se encontró que 41.3% de las mujeres de 40 a 59 años con estado civil casadas tienen nivel de conocimiento bajo.

Como ya se puso de manifiesto en este estudio realizado en el Centro de Salud Nueva Sullana en su mayoría las usuarias con estado civil casada obtuvieron nivel de conocimiento regular, se sugiere trabajar en lo preventivo promocional, en el ambiente físico psico-social, si la mujer, su esposo e hijos y demás familiares conocen los cambios que se producen en esta etapa, entonces la mujer climatérica, tendrá una actitud positiva frente a estos cambios, podrá ser comprendida, padecerá menos los cambios ineludibles y aprenderá a controlar, evitar o prevenir las diversas alteraciones y envejecerá de manera más saludable e independiente.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos y de acuerdo a la información, presento las siguientes conclusiones:

- 1) El nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar del Centro de Salud Nueva Sullana, 51,5% obtuvo un nivel de conocimiento regular, seguido de 30.3% que tienen nivel de conocimiento bajo y solo 18,2% tienen un nivel de conocimiento bueno.
- 2) Del total de usuarias encuestadas según grupo etario la mayoría (40,9%) tienen entre 25-30 años de edad, de ellas 19,7% tiene nivel de conocimiento regular respecto a la menopausia.
- 3) La mayoría de las usuarias (34,8%) poseen un grado de instrucción secundaria completa; de ellas 19,7% tienen nivel de conocimiento regular.
- 4) Según el estado civil, la mayoría de las usuarias son casadas; constituido por 56,1% (37), de ellas 31,8% (21) tienen nivel de conocimiento regular sobre menopausia.

4.2 RECOMENDACIONES

- Priorizar la consejería sobre menopausia, además de ofrecer opciones de tratamiento hormonal.
- Capacitación de todo el personal en actividades preventivos-promocionales sobre menopausia y otros temas relacionados a ello.
- Fomentar el conocimiento de este tema en las diferentes instituciones públicas como son: los comedores populares, clubes de madres, vasos de leche etc.
- Capacitación a los promotores de salud en signos y síntomas propios de la menopausia.
- Favorecer una actitud positiva en la mujer menopaúsica y así ayudarla a que transite por esta etapa de su vida de manera satisfactoria.
- Realizar las gestiones pertinentes entre la jefatura del establecimiento de salud y la sub región de Salud Luciano Castillo Colomna para financiar la construcción de un consultorio diferenciado para la atención multidisciplinaria de pacientes menopausicas.

REFERENCIAS

- Alvarado, A., & etal. (2013). *Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia*. México: guía de práctica clínica. Obtenido de [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view File/18/43](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/File/18/43)
- Barrionuevo, K., & Campos, Y. (2015). *Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el climaterio en mujeres de 40 a 54 años*. centro de salud Maritza Campos Díaz Arequipa, Abril 2015. Arequipa-Perú.
- Castillo, M. (2016). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente al climaterio en mujeres de 40 a 59 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho junio-julio 2016*. Lima-Perú.
- Correa, C. (2015). *Conocimientos y mitos sobre menopausia en mujeres del barrio esmeralda Norte*. Loja-Ecuador.
- Cuidado integral en la menopausia. (s.f). Obtenido de <http://www.flaviamenopausia.com/diagnostico-menopausia>
- Gerónimo, R., Arriaga, R., Cerino, C., & Ovilla, K. (2014). *Conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres indígenas de 40 a 50 años, de Ostucuan, Chiapas*. Chiapias- México.
- González, I., & Miyar, E. (2001). Respuesta sexual en la mujer climatérica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(4):390-4, 394. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi13401.pdf
- La Menopausia*. (s.f). Obtenido de <https://queeslamenopausia.org/fases-de-la-menopausia/>
- Maco, M., & Rodriguez, C. (2016). *Nivel de conocimiento sobre menopausia, hormonoterapia y su aceptación en mujeres de 30 a 45 años*. *Essalud. Hospital Victor Lazarte Echeagaray*. 2013. Trujillo-Perú.

- Meza, E., & Vega, A. (2011). *Nivel de autocuidado y Nivel de conocimiento sobre menopausia en mujeres Premenopáusicas. Puesto de Salud Esperanza Baja. Chimbote, 2010.* Nuevo Chimbote-Perú.
- Molina, Á., & Moreno, A. (2015). *conocimientos actitudes y prácticas en el climaterio y menopausia en mujeres de consulta externa del dispensario central del IESS. Cuenca. 2014.* Cuenca-Ecuador.
- Murrieta, J., & Flores, A. (2016). *Relacion entre nivel de conocimiento y la actitud frente a la menopausia en mujeres de 40 - 50 años que asisten a los consultorios externos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas. periodo octubre 2015 - abril 2016.* Tarapoto- Perú.
- Orellana, R. (2015). *Conocimientos y creencias sobre menopausia en mujeres en edad fértil del barrio colinas del norte de la ciudad de Loja.* Loja-Ecuador.
- Pou, R. (2002). *El comienzo de una etapa fecunda. Montevideo.* Uruguay. Obtenido de <http://www.clinicapou.com.uy/menopausia-uruguay.pdf>
- Pugo, J., & Quintuña, R. (2016). *conocimiento, actitudes y sintomatología sobre el climaterio en mujeres de 45 a 65 años que acuden a consulta externa de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM). Cuenca. 2015.* Cuenca-Ecuador.
- Rondo, M. (2013). *Conocimiento sobre climaterio y calidad de vida en la menopausia. el porvenir-Trujillo, 2013.* Trujillo-Perú.
- Salvador, J. (2008). *Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología.* Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia, 78. Obtenido de http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/1092/pdf_115
- Satama, H. (2015). *Conocimientos y mitos sobre la menopausia en mujeres del barrio la Libertad de la ciudad de Loja.* Loja-Ecuador.
- Solórzano, R. (2016). *Conocimientos y mitos sobre menopausia en mujeres en edad fértil del barrio Zalapa Alto de la ciudad de Loja.* Loja-Ecuador.
- Torres, A. (2015). *conocimientos, prácticas y actitudes sobre menopausia en mujeres mayores de 35 años que asisten a consulta externa del hospital básico Amaluza durante el periodo febrero-julio del 2014".* Loja-Ecuador.

Torres, M. (2016). *Conocimientos y mitos sobre menopausia en mujeres de edad fértil del barrio zhucos de la ciudad de Loja, agosto 2014-abril 2015*. Loja-Ecuador.

AGRADECIMIENTO

A DIOS por ser Él, el padre celestial quien me da la fortaleza, además de ser mi guía y darme la familia que tengo.

A mis padres: Luis Quispe Silva y Hermilia Cornejo Nole, quienes me educaron con amor y con confianza apoyando mi ideal de ser Obstetra.

A mis hermanos: Jorge Edú y Magaly Noemí por estar presentes en mi vida y ser los mejores cómplices.

ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre menopausia de las usuarias de planificación familiar del Centro De Salud Nueva Sullana? Octubre-diciembre 2017</p>	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar del centro de salud Nueva Sullana. Octubre- Diciembre 2017. <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características demográficas de la población en estudio. • Identificar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana según el grupo etario. • Identificar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana según grado de instrucción • Identificar el nivel de conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de Salud Nueva Sullana según estado civil. 	<p>H1: Las usuarias de planificación familiar del centro de salud Nueva Sullana poseen alto nivel de conocimiento sobre menopausia.</p>	<p>Variable Nivel de Conocimiento sobre menopausia</p>	<p>TIPO Cuantitativa</p> <p>DISEÑO No- experimental Descriptiva simple.</p> <p>MÉTODO : No correlacional de corte transversal</p> <p>POBLACIÓN Usuarias de planificación del centro de salud Nueva Sullana</p> <p>MUESTRA: No probabilístico $\frac{3.84 \times 0.25 \times 80}{79 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$n = \frac{76,8}{1,1575}$$n = 66,7$</p> <p>DESCRIPCIÓN Del INSTRUMENTO: Encuesta</p> <p>TRATAMIENTO ESTADISTICO Programa SPSS versión 20.</p>

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada:

“Conocimiento sobre menopausia en usuarias de planificación familiar. Centro de salud Nueva Sullana. Octubre-diciembre 2017”

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizara adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado

El investigador del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte:

Luis Abel Quispe cornejo

.....

Autor del estudio

ANEXO C

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
CENTRO DE SALUD NUEVA SULLANA. OCTUBRE-DICIEMBRE 2017

I. PRESENTACIÓN:

La menopausia hoy en día es un tema amplio de investigación. Es cual debe tener la importancia de todo el entorno familiar y social. Por lo tanto la presente encuesta tiene como propósito recolectar datos sobre el conocimiento que tiene usted sobre dicho tema ya en mención, cuya finalidad es aportar datos importantes para mejorar aspectos de la vida.

II. INSTRUCCIONES:

En las hojas subsiguientes encontrará usted un listado de enunciados o preguntas en la cual debe marcar con una “X” en una de las respuestas que más se aproxime a lo que conoce respecto al tema.

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE

Datos Generales

Edad: 25 -30años () 30-35años () 35-40años () 40-45años ()

Grado de instrucción: Primaria incompleta () primaria completa () secundaria incompleta () secundaria completa () técnica () superior ()

Religión: Católica () Evangélica () Testigo de jehová () Mormona () Atea ()

Estado civil: Soltera () Casada () Divorciada () Separada () conviviente()

Número de hijos: Sin hijos () 01 hijo () 02 () 03 () Mayor de 4 hijos ()

DATOS ESPECIFICOS (CONOCIMIENTOS)

1.- ¿Qué entiende usted por menopausia?

- a) Es la primera menstruación de la mujer.
- b) Se define como una etapa normal de la mujer donde ya no viene la regla por el periodo de un año.
- c) Se refiere a todas las menstruaciones dolorosas.
- d) Es una enfermedad del útero.

2.- ¿Usted conoce cuál es la causa de la menopausia?

- a) Disminución de hormonas.
- b) Envejecimiento de la mujer.
- c) Todos los anteriores.
- d) No sé cuál es la causa.

3.- ¿A qué edad considera usted que inicia la menopausia?

- a) A partir de mi primera menstruación.
- b) De 15 a 25 años.
- c) A partir de los 50 años.
- d) A partir de los 90 años.

4.- ¿Cuál cree usted que son los signos y síntomas durante la menopausia?

- a) Sofocos, trastornos del sueño, cambios en el carácter, sequedad vaginal y piel.
- b) Solamente tos.
- c) Desmayos, debilidad general y fiebre.
- d) No conozco ningún síntoma en la menopausia.

5.- ¿Cuál cree usted que es el tiempo que tiene que pasar sin ver menstruación para considerar que tengo menopausia?

- a) 3 meses sin menstruación.
- b) 6 meses sin ver menstruación.
- c) Cuando veo menstruación irregular.
- d) Más de 1 año sin ver menstruación.

6.- **¿Cuál cree usted que son las 3 etapas del climaterio?**

- a) Peri-menopausia; andropausia y amenorrea.
- b) Pre-menopausia; menopausia y post-menopausia.
- c) Menopausia; andropausia y climaterio.
- d) Ninguna de las anteriores.

7.- **¿Usted considera que la menopausia tiene relación con el envejecimiento?**

- a) Pienso que llegar a la menopausia es sinónimo de sentirme “vieja”.
- b) La menopausia es una etapa por la cual debe atravesar toda mujer y no significa que este envejeciendo.
- c) Todas las anteriores.
- d) No estoy segura si la menopausia se relaciona con el envejecimiento.

8.- **¿Qué situaciones se merece sufrir usted al ser menopaúsica?**

- a) Ser maltratada por mi pareja.
- b) Ser discriminada por mi entorno social.
- c) Ser separada de mi grupo al que asisto.
- d) ninguna de las anteriores.

9.- **¿Que órgano considera usted que deja de funcionar en la etapa de la menopausia?**

- a) El riñón.
- b) Los ovarios.
- c) El hígado.
- d) La vagina.

10.- **¿Qué método anticonceptivo cree usted que debería usar al estar en la etapa de la menopausia?**

- a) La píldora del día siguiente.
- b) La ampolla mensual.
- c) La ampolla trimestral.
- d) Ningún método anticonceptivo.

11.- ¿Dónde cree que puede acudir para tener información correcta acerca de lo que es la menopausia?

- a) En la tienda de mi esquina.
- b) A donde mi vecina.
- c) A un centro de salud con un gineco-obstetra.
- d) Al señor de la panadería.

12.- ¿Qué debe hacer si usted presenta algún síntoma de la menopausia?

- a) No hago nada ya que la menopausia marca el principio del envejecimiento de la mujer.
- b) Voy al hospital porque la menopausia exige hábitos como alimentación balanceada, ejercicios y control médico.
- c) Me quedo tranquila porque pienso que es un alivio al no tener que menstruar.
- d) La menopausia no es motivo de consulta médica.

13.- ¿Qué entiende usted por hormonoterapia?

- a) Es una terapia muy costosa y dolorosa.
- b) Terapia que alivia los síntomas asociados a la menopausia.
- c) Es una terapia que no funciona.
- d) No tengo información acerca del tema.

14.- ¿Cuál cree usted que son las contraindicaciones en el uso de hormonoterapia de reemplazo?

- a) Cáncer de útero, cáncer de ovario, cáncer de mama, etc.
- b) Enfermedad al hígado.
- c) Enfermedades al corazón.
- d) No tengo información acerca del tema.

15.- ¿Qué actitud tomaría usted si presenta sangrado vaginal con la hormonoterapia?

- a) Pienso que en algún momento dejare de sangrar.
- b) Suspendo la terapia.
- c) Acudo al médico por información.
- d) Solo voy a la farmacia por una pastilla.

16.- **¿cuál cree usted que es la alternativa correcta sobre menopausia?**

- a) Al estar en esa etapa debo realizarme una ligadura de trompas uterinas.
- b) Debo ponerme en tratamiento con estrógenos.
- c) Debo consumir vitaminas y calcio.
- d) b + c son correctas

17.- **¿Qué puede usar usted para disminuir el dolor en la relación coital durante la menopausia?**

- a) Hierro.
- b) Lubricantes vaginales.
- c) Consumir agua.
- d) No tengo conocimiento acerca del tema.

18.- **¿Qué consecuencias cree usted que le puede originar a su pareja al tener menopausia?**

- a) Eyaculación precoz.
- b) Cáncer de colon.
- c) Ardor al orinar.
- d) Ninguna de las anteriores.

19.- **¿Cuál cree usted que es la prueba del laboratorio que confirma que estoy en la menopausia?**

- a) HCG (gonadotropina corionica humana).
- b) FSH (hormona folículo estimulante).
- c) Ninguna de las anteriores.
- d) No tengo información acerca del tema.

20.- **¿Qué ventajas cree usted que obtiene en la menopausia?**

- a) Disfrutar plenamente mi sexualidad, sin el temor de salir embarazada.
- b) Gozar plenamente mi vida, sin preocuparme en las molestias que puede ocasionar mis periodos menstruales.
- c) Evitar cuidarme con algún método anticonceptivo por el miedo a salir embarazada.
- d) Todas las anteriores.

1.- ¿Qué entiende usted por menopausia?	Puntaje
a) Es la primera menstruación de la mujer.	0
b) Se define como una etapa normal de la mujer donde ya no viene la regla por el periodo de un año.	1
c) Se refiere a todas las menstruaciones dolorosas.	0
d) Es una enfermedad del útero.	0

2.- ¿Usted conoce cuál es la causa de la menopausia?	Puntaje
a) Disminución de hormonas.	1
b) Envejecimiento de la mujer.	0
c) Todos los anteriores.	0
d) No sé cuál es la causa.	0

3.- ¿A qué edad considera usted que inicia la menopausia?	Puntaje
a) A partir de mi primera menstruación.	0
b) De 15 a 25 años.	0
c) A partir de los 50 años.	1
d) A partir de los 90 años.	0

4.- ¿Cuál cree usted que son los signos y síntomas durante la menopausia?	Puntaje
a) Sofocos, trastornos del sueño, cambios en el carácter, sequedad vaginal y piel.	1
b) Solamente tos.	0
c) Desmayos, debilidad general y fiebre.	0
d) o conozco ningún síntoma en la menopausia.	0

5. ¿Cuál cree usted que es el tiempo que tiene que pasar sin ver menstruación para considerar que tengo menopausia?	Puntaje
a) 3 meses sin menstruación.	0
b) 6 meses sin ver menstruación.	0
c) Cuando veo menstruación irregular.	0
d) Más de 1 año sin ver menstruación.	1

6. ¿Cuál cree usted que son las 3 etapas del climaterio?	Puntaje
a) Peri-menopausia; andropausia y amenorrea.	0
b) Pre-menopausia; menopausia y post-menopausia.	1
c) Menopausia; andropausia y climaterio.	0
d) Ninguna de las anteriores.	0

7. ¿Usted considera que la menopausia tiene relación con el envejecimiento?	Puntaje
a) Pienso que llegar a la menopausia es sinónimo de sentirme “vieja”.	0
b) La menopausia es una etapa por la cual debe atravesar toda mujer y no significa que este envejeciendo.	1
c) Todas las anteriores.	0
d) No estoy segura si la menopausia se relaciona con el envejecimiento.	0

8. ¿Qué situaciones se merece sufrir usted al ser menopaúsica?	Puntaje
a) Ser maltratada por mi pareja.	0
b) Ser discriminada por mi entorno social.	0
c) Ser separada de mi grupo al que asisto.	0
d) ninguna de las anteriores.	1

9. ¿Qué órgano considera usted que deja de funcionar en la etapa de la menopausia?	Puntaje
a) El riñón.	0
b) Los ovarios.	1
c) El hígado.	0
d) La vagina.	0

10. ¿Qué método anticonceptivo cree usted que debería usar al estar en la etapa de la menopausia?	Puntaje
a) La píldora del día siguiente.	0
b) La ampolla mensual.	0
c) La ampolla trimestral.	0
d) Ningún método anticonceptivo.	1

11. ¿Dónde cree que puede acudir para tener información correcta acerca de lo que es la menopausia?	Puntaje
a) En la tienda de mi esquina.	0
b) A donde mi vecina.	0
c) A un centro de salud con un gineco-obstetra.	1
d) Al señor de la panadería.	0

12. ¿Qué debe hacer si usted presenta algún síntoma de la menopausia?	Puntaje
a) No hago nada ya que la menopausia marca el principio del envejecimiento de la mujer.	0
b) Voy al hospital porque la menopausia exige hábitos como alimentación balanceada, ejercicios y control médico.	1
c) Me quedo tranquila porque pienso que es un alivio al no tener que menstruar.	0
d) La menopausia no es motivo de consulta médica.	0

13. ¿Qué entiende usted por hormonoterapia?	Puntaje
a) Es una terapia muy costosa y dolorosa.	0
b) Terapia que alivia los síntomas asociados a la menopausia.	1
c) Es una terapia que no funciona.	0
d) No tengo información acerca del tema.	0

14. ¿Cuál cree usted que son las contraindicaciones en el uso de hormonoterapia de reemplazo?	Puntaje
a) Cáncer de útero, cáncer de ovario, cáncer de mama, etc.	1
b) Enfermedad al hígado.	0
c) Enfermedades al corazón.	0
d) No tengo información acerca del tema.	0

15. ¿Qué actitud tomaría usted si presenta sangrado vaginal con la hormonoterapia?	Puntaje
a) Pienso que en algún momento dejare de sangrar.	0
b) Suspendo la terapia.	0
c) Acudo al médico por información.	1
d) Solo voy a la farmacia por una pastilla.	0

16. ¿cuál cree usted que es la alternativa correcta sobre menopausia?	Puntaje
a) Al estar en esa etapa debo realizarme una ligadura de trompas uterinas.	0
b) Debo ponerme en tratamiento con estrógenos.	0
c) Debo consumir vitaminas y calcio.	0
d) b + c son correctas	1

17. ¿Qué puede usar usted para disminuir el dolor en la relación coital durante la menopausia?	Puntaje
a) Hierro.	0
b) Lubricantes vaginales.	1
c) Consumir agua.	0
d) No tengo conocimiento acerca del tema.	0

18. ¿Qué consecuencias cree usted que le puede originar a su pareja al tener menopausia?	Puntaje
a) Eyaculación precoz.	0
b) Cáncer de colon.	0
c) Ardor al orinar.	0
d) Ninguna de las anteriores.	1

19. ¿Cuál cree usted que es la prueba del laboratorio que confirma que estoy en la menopausia?	Puntaje
a) HCG (gonadotropina corionica humana).	0
b) FSH (hormona folículo estimulante).	1
c) Ninguna de las anteriores.	0
d) No tengo información acerca del tema.	0

20. ¿Qué ventajas cree usted que obtiene en la menopausia?	Puntaje
a) Disfrutar plenamente mi sexualidad, sin el temor de salir embarazada.	0
b) Gozar plenamente mi vida, sin preocuparme en las molestias que puede ocasionar mis periodos menstruales.	0
c) Evitar cuidarme con algún método anticonceptivo por el miedo a salir embarazada.	0
d) Todas las anteriores.	1

Código de tabla

N°	Respuestas
1	B
2	A
3	C
4	A
5	D
6	B
7	B
8	D
9	B
10	D
11	C
12	B
13	B
14	A
15	C
16	D
17	B
18	D
19	B
20	D



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Sullana, 20 de noviembre del año 2017

OFICIO N° 027_2017/FCCS/EOBST/USP-FILIAL SULLANA

A : DR. JAVIER ARCELA CORONADO
JEFE DEL C.S NUEVA SULLANA. SULLANA

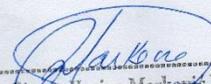
ASUNTO : SOLICITO FACILIDADES

Me es grato dirigirme a usted para saludarle y a la vez comunicarle lo siguiente:

Que el alumno LUIS ABEL QUISPE CORNEJO, identificado con Código Universitario N° 2112100077 del curso de titulación del Programa Profesional de Obstetricia, dentro del curso en mención realizara la aplicación de su instrumento para obtener los datos para su tesis titulada: " CONOCIMIENTOS SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR. C.S NUEVA SULLANA. OCTUBRE – DICIEMBRE 2017", por lo que acudo a su despacho a efecto se le brinden las facilidades del caso.

Sin otro particular. Quedo de usted,

Atentamente


Obst. Karina Markovic Rajel
C.O.P.: 14768
Coordinadora de la Escuela Profesional de
Obstetricia SAD Sullana
UNIVERSIDAD SAN PEDRO




Javier E. Arcela Coronado
MEDICO CIUDADANO
C.O.P. 69727

Recibido 14:00
20/11/17.



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Tema: "CONOCIMIENTO SOBRE MENOPAUSIA EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR. CENTRO DE SALUD NUEVA SULLANA. OCTUBRE-DICIEMBRE 2017"

Autor: Bach. Obst. Luis Abel Quispe Cornejo

ALFA DE CRONBACH Y CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable


LIC. IGNACIA ABIGAIL LOZANO RAMOS
COESPE 214
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Análisis de fiabilidad

```
RELIABILITY  
/VARIABLES=item01 item02 item03 item04 item05 item06 item07 item08  
item09 item10 item11 item12 item13 item14 item15 item16 item17 item18  
item19 item20  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/SUMMARY=TOTAL.
```

[Conjunto_de_datos0]

Escala: TODAS LAS VARIABLES

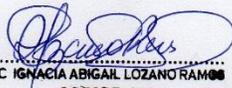
Resumen del procesamiento de los casos

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

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de	N de elementos
Cronbach	
,861	20


LIC IGNACIA ABIGAIL LOZANO RAMOS
COESPE 214
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item01	48,20	116,500	,890	,837
Item02	48,00	124,583	,552	,851
Item03	48,12	125,193	,542	,851
Item04	48,20	116,500	,890	,837
Item05	48,28	128,960	,390	,857
Item06	48,48	130,927	,328	,859
Item07	48,04	136,207	,132	,865
Item08	47,68	142,227	-,130	,875
Item09	48,08	119,660	,753	,842
Item10	48,20	116,500	,890	,837
Item11	48,20	116,500	,890	,837
Item12	48,20	116,500	,890	,837
Item13	47,76	136,440	,096	,868
Item14	47,80	137,750	,038	,870
Item15	48,24	137,857	,041	,869
Item16	47,92	138,077	,030	,870
Item17	48,20	116,500	,890	,837
Item18	48,20	118,667	,796	,841
Item19	48,32	137,227	,048	,871
Item20	48,04	134,040	,168	,866

SAVE OUTFILE='D:\ROSALES\Sin titulo1.sav'
/COMPRESSED.

El Trabajo de investigación tiene como resultado un estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.861 alcanzando un Coeficiente alfa $>.8$ es bueno.


LIC. FABIAN ABIGAIL LOZANO RAMOS
COESPE 214
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERU