

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## CARRERA DE MEDICINA HUMANA

### TEMA:

"CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE CARIAMANGA "JOSE MIGUEL ROSILLO" – 2013"

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL GRADO DE MEDICO GENERAL

**AUTOR:** 

PABLO FERNANDO PINEDA LAVANDA

DIRECTOR:

DR. BOLÍVAR SAMANIEGO

LOJA – ECUADOR 2013

CERTIFICACIÓN

Dr. BOLIVAR SAMANIEGO

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DEL AREA DE LA

SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y DIRECTOR

DE TESIS.

Certifico:

Haber dirigido y revisado en su totalidad la presente tesis titulada "CALIDAD

DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN LA MUJER DURANTE LA

POSTMENOPAUSIA ATENDIDAS CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL

DE CARIAMANGA "JOSE MIGUEL ROSILLO" - 2013." realizada por el

aspirante PABLO FERNANDO PINEDA LAVANDA, previo a optar el título de

grado de Medico General, el mismo que cumple con los requisitos establecidos

en las Normas generales de graduación, por lo tanto autorizo su presentación.

Loja, 24 de Octubre del 2013

DIRECTOR DE TESIS

**AUTORÍA** 

Yo, PABLO FERNANDO PIENDA LAVANDA, declaro ser autor del presente

trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a

sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el

contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la

publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Pablo Fernando Pineda Lavanda

Firma:

Cedula: 1104738750

Fecha: 07 de Noviembre del 2013

iii

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, PABLO FERNANDO PINEDA LAVANDA, declaro ser autor de la tesis titulada "CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN LA MUJER DURANTE LA POSTMENOPAUSIA ATENDIDAS CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE CARIAMANGA "JOSE MIGUEL ROSILLO" – 2013", como requisito para optar al grado de MEDICO GENERAL, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

- Los usuarios puede consultar el contenido de este trabajo en el RD, en la redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los días del mes de Noviembre de dos mil trece, firma el autor.

Firma: ....

Autor: Pablo Fernando Pineda Lavanda

Cedula: 1104738750

Dirección: Los Geranios, 18 de Noviembre y Gardenias.

Correo: pabs\_69@live.com.ar

Teléfono: 2587420 Celular: 0994540031

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Bolívar Samaniego

- Tribunal:
  - o Dr. Benito Román
  - Dra. Margarita Sotomayor
  - o Dra. Lorena Vallejo

#### **AGRADECIMIENTO**

Mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, fuente inagotable de conocimiento, la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien y de la formación de profesionales al servicio de la sociedad, a mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, además agradezco a mi familia

Agradezco al Dr. Bolívar Samaniego docente de la carrera, quien con su dedicación y espero supo guiar este trabajo, ayudando a la culminación de la presente tesis.

por el apoyo, y comprensión brindada por este largo periodo de mi vida académica,.

Para todos ellos mi más sincero agradecimiento.

**Autor** 

#### **DEDICATORIA**

Dios, por haberme permitido llegar hasta esta meta, por darme valor y fuerza para cumplir mis objetivos y metas.

A mí querida madre Elsa por haberme guiado y apoyado en esta vida por haberme formado como persona, inculcado valor, a mi hermanos por apoyarme, a mis abuelos Carmen y Carlos quienes desde el cielo me ven cumplir mis metas, a mi querida esposa Mayra por el apoyo brindado en esta larga carrera y a todos aquellos que participaron ya sea directa o indirectamente.

A todos mi compañeros de carrera, gracias por apoyarnos mutuamente en nuestra formación.

#### Pablo Pineda



"CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD EN LA MUJER
DURANTE LA POSTMENOPAUSIA ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA
EN EL HOSPITAL DE CARIAMANGA "JOSÉ MIGUEL ROSILLO" - 2013"

# RESUMEN

#### RESUMEN

La presente investigación se realizó con el fin de describir los diferentes signos y síntomas climatéricos que presentan las mujeres postmenopáusicas; y determinar cómo estos influyen en la calidad de vida y la salud de las mismas, el mismo que se elaboró en base a los objetivos planteados donde se analizó tanto signos y síntomas, como ellos influyen en la capacidad de percepción que tiene cada mujer en su calidad de vida, los datos obtenidos por medio de una entrevista guiada, que ayudaron a la realización del análisis de las variables planteadas.

Este estudio es de carácter descriptivo y de corte transversal, basado en los datos recolectados por medio de laESCALA CERVANTES aplicada a 115 mujeres postmenopáusicas entre 55 a 65 años de edad, que acuden al servicio de consulta externa del Hospital José Miguel Rosillo.

Registrando así en las diferentes manifestaciones físicas encontramos en la mujer postmenopáusica, que un 45.22% con sintomatología vasomotora, enmanifestación psicológicas encontramos en la mujer postmenopáusica, un 27.83% refieren depresión. Además los síntomas vasomotores, son responsables en un 46.96% de una pérdida moderada de la calidad de vida, seguido por un 29.57% refieren una perdida grave de la calidad de vida. En los síntomas depresivos un 46.96% presentan perdida moderada de percepción de salud y un 29.57% perdida grave en percepción de salud y en la relación de síntomas depresivos con la percepción de salud, 54 mujeres (46.96%) presentan pérdida moderada de percepción de salud y 20 casos (17.39%) presentan pérdida grave de la percepción de salud.

#### **PALABRAS CLAVES:**

Postmenopausia, Calidad de vida

#### SUMMARY.

The present investigation was performed in order to describe the different signs and symptoms present by postmenopausal women and to determine how these affect quality and health of life, the same that was developed in based on the objectives which analyzed both signs and symptoms, further analyzed the strength of them and especially as each influence the ability of each woman 's perception on quality of life, data was obtained by through a guided interview which has simple questions that helped to make the analysis of the variables proposed.

This study is descriptive and cross-sectional, based on data collected through applied CERVANTES SCALE 115 postmenopausal women between 55-65 years of age, attending the outpatient clinic of the Hospital José Miguel Rosillo.

Registering and in different physical manifestations in postmenopausal women found that a 45.22% with vasomotor symptoms: hot flashes, palpitations, psychological manifestation in postmenopausal women are at a 27.83% reported depression. Furthermore vasomotor symptoms, are responsible by 46.96% of a moderate loss of quality of life, followed by a 29.57% reported a severe loss of quality of life. Depressive symptoms in 46.96% have lost one health perception moderate and severe loss 29.57% health perception and the relationship of depressive symptoms with health perception, 54 women (46.96%) had moderate loss of perceived health and 20 cases (17.39%) had severe loss of health perception.

#### **KEYWORDS:**

Postmenopausal, Quality of Life

# INTRODUCCIÓN

#### INTRODUCCIÓN

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

El aumento progresivo de la esperanza de vida por las mejoras de la educación de la población, condiciones sociales, sanitarias y ambientales, así como el avance del conocimiento científico y de la tecnología médica, ha hecho surgir un interés muy especial por estudiar la calidad de vida que presentan tanto la población general como determinados grupos específicos en particular.

A lo largo del siglo XXI ha determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcance el climaterio, esto nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las mujeres en este grupo de edad, el cual ha sufrido variaciones considerables tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, originando una pirámide poblacional con ciertas características peculiares, por el incremento acelerado de la población adulta mayor, la OMS prevé que dentro de 30 años la población adulta y adulta mayor llegara a su máxima expresión en cifras demográficas, esto en relación a que la esperanza de vida se ha elevado, en el Ecuador la esperanza de vida de la mujer es de 76 años<sup>1</sup>, esto nos permite ver que la mujer durante su proceso de envejecimiento enfrenta varias etapas trascendentales en su vida, siendo una de las más importantes la postmenopausia.

-

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y censos, disponible en : http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis4.pdf

El envejecimiento constituye un proceso natural e inevitable que se manifiesta mediante cambios en los ámbitos físicos, psicológicos, emocional, social y que puede provocar una serie de eventos indeseados, a lo que se suma un estado fisiológico particular en la mujer que envejece: la postmenopausia. Esto indica claramente la magnitud del problema, y por consecuencia se verán afectadas las condiciones de salud y la calidad de vida de estas mujeres en estas próximas décadas.

La mujer durante la postmenopausia, debido a los importantes cambios biopsicosociales, que en general han sido asociados a la disminución de una calidad de vida aceptable que ocurren en la mujer durante esta etapa de su vida, acompañados de una serie de importantes síntomas, relacionados todos con la falla gonadal y el cese progresivo de la actividad estrogénica, los cuales no han sido considerados de gran importancia.

Por la importancia que tienen en la calidad de vida de la mujer, entre ellos destacan los síntomas vasomotores, alteraciones menstruales, sequedad de mucosas, especialmente la mucosa vaginal, lo cual se acompaña de dispauremia, los cuadros de depresión, en lo social, el entorno familiar y la sociedad, los roles adjudicados a la mujer con variaciones socioeconómicas y culturales, según las regiones y las diferentes épocas, influyen definitivamente en la forma en que la mujer vive esta etapa, además la presencia de irritabilidad, disminución de la memoria, insomnio, falta de concentración y energía, que posteriormente conllevan problemascardiovasculares y la osteoporosis.

Los cambios que se registran en la mujer durante la transición a la menopausia y finalmente durante la postmenopausia, la afectan directamente y repercuten en su salud mental, física y social, acompañadas con el deterioro de su Calidad de vida.

Cada etapa de la vida posee características diferentes, y es durante la menopausia, quizás, cuando la mujer debería encaminarse hacia una mayor independencia, desarrollado sus capacidad globales,

descubriendo una sexualidad sin temores, nuevos estímulos personales y replantearse un estilo de vida propio. Las mujeres deberían estar receptivas a las nuevas sensaciones y situaciones corporales y asumir las limitaciones físicas, es decir, aceptar la realidad de los 50 años o más. La mujer que entiende esta realidad y no cae en la "trampa del Tiempo", le espera un emocionante proyecto de vida

Por ello, mediante un adecuado proceso educativo al médico en particular y a las mujeres en general, quedaría erradicado el concepto de que la postmenopausia es el principio del fin y por tanto hay que sufrir sus consecuencias como lo sufrieron su madre y su abuela. Todo lo contrario, hay que aprender a vivir la postmenopausia a plenitud, con excelente calidad de vida, pues esta etapa corresponde casi a un tercio del tiempo por vivir.

Por lo expuesto, nos hemos planteado como objetivoGENERALde investigación determinar la calidad de vida y su relación con la salud en la mujer postmenopáusica, y como OBJETIVOS ESPECIFICOS: describir las diferentes manifestaciones físicas y psicológicas que se presentan con mayor frecuencia, estableces si los síntomas climatéricos vasomotores producen una mayor vulnerabilidad en la calidad de vida, y como la presencia de síntomas depresivos influyen en la percepción de salud de las mujeres posmenopáusicas.



#### **REVISION DE LA LITERATURA**

#### 1. Menopausia

#### 1.1. Introducción

Por menopausia entendemos el cese permanente de la menstruación, es un diagnóstico retrospectivo, hablamos de menopausia cuando ha transcurrido un año desde la última regla y sin haber existido ningún sangrado menstrual.

Suele producirse por término medio a los 50 años y está ligado al número de ovocitos del ovario. Según la edad en que se presente puede ser:

- Menopausia precoz: Ocurre antes de los 45 años
- Menopausia tardía: Tiene lugar después de los 55 años.
- Fallo ovárico precoz es el que se produce en una mujer menor de 40 años, sea transitorio o no

El origen de la menopausia radica en el agotamiento folicular de los ovarios y los factores que pueden influir en su presentación, tanto de forma individual como colectiva, son múltiples pero no aceptados unánimemente.

Entre ellos, la herencia, la paridad, el tabaco y las enfermedades generales, que requieran cirugía, radioterapia o quimioterapia<sup>2</sup>.

Según su presentación la menopausia puede ser:

 Natural, la que ocurre de forma gradual y progresiva, por el normal envejecimiento del ovario.

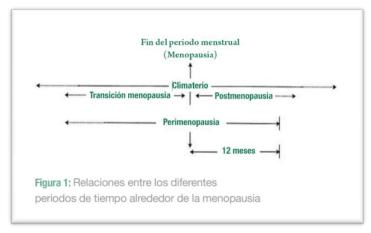
<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania Y, Cruz Oviedo Yolanda. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1997 Oct [citado 2013 Oct 17]; 13(5): 494-503. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-21251997000500014&lng=es.

 Artificial: es la provocada por la castración quirúrgica (extirpación de los ovarios con o sin histerectomía), o por mecanismos destructores de las células germinales como son las radiaciones y la quimioterapia.

#### 1.2. Consideraciones Generales

Menopausia es el momento en que cesa la menstruación de manera definitiva. Representa el fin de la etapa fértil de la mujer y queda englobado dentro de la Perimenopausia.

El climaterio es un período amplio en la vida de la mujer en el que se produce el paso progresivo del estado reproductivo o periodo fértil de la vida al no reproductivo como consecuencia del agotamiento folicular. La palabra climaterio procede del griego y significa "escalera" y en él distinguimos (Figura 1):



Fuente: Sánchez-Borrego La menopausia

#### 1.3. Etapas

- Perimenopausia: Es el periodo en meses o años que precede a la menopausia. Suele ir acompañado de alteraciones del ciclo tanto en lo que se refiere a la cantidad del sangrado como a la frecuencia de presentación, pudiendo ser muy próximas entre sí, muy separadas, o bien presentarse de forma anárquica.
- Menopausia: Cese definitivo de la menstruación. Es un signo del climaterio.

 Postmenopausia: Periodo que sigue a la menopausia. En esta fase aparecen las complicaciones y los síntomas por la falta de hormonas (estrógenos) que irán instaurándose de forma lenta y progresiva con el paso de los años.<sup>3</sup>

#### 1.4. Fisiología

Se producen una serie de cambios endocrinos que al igual que el resto de cambios fisiológicos, el "agotamiento ovárico", causante de la menopausia, va produciéndose de forma lenta y progresiva ya programado desde el nacimiento.

Si la menarquia (primera menstruación), representa el inicio de la vida reproductiva, con todas sus consecuencias, la menopausia (última menstruación) representa el fin de la misma.

El ovario es una glándula con doble función:

- Endócrina: Produce hormonas ( estrógeno, progesterona y en menor cantidad andrógenos) necesarias para un correcto desarrollo del organismo femenino y que con su déficit en el climaterio, son causantes de una serie de alteraciones en la mujer, físicas y psíquicas produciendo más o menos sintomatología clínica conforme pasan los años en estado de déficit hormonal.
- **Exócrina**: Produce óvulos necesarios para la reproducción.

Ambas funciones se desarrollan en paralelo, puesto que una sin la otra no sería posible y de una forma continua y repetitiva cada mes (ciclo) mientras dura el periodo fértil y en el que también se involucran otras glándulas (hipófisis)<sup>4</sup>.

La función reproductora se pierde antes que la función hormonal, por eso en la perimenopausia la fertilidad va disminuyendo.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y la Postmenopausia. Centro Cochrane Iberoamericano, SEGO, AEEM y SEMFyC. España 2004.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Actuación en Atención Primaria 2000 Editorial Casanova Barcelona.A.J.Del Alamo Problemas de la Menopausia Precoz. p.301-302

Tradicionalmente, la causa fundamental del envejecimiento del folículo ovárico, se ha basado en la rápida disminución del número de ovocitos del ovario, por desgaste (atresia) o consumo, que ya comienza en la época embrionaria y se extiende hasta la menopausia (aproximadamente, 400 ovulaciones).

A las veinte semanas de vida intrauterina, los fetos hembras posen en ambos ovarios unos siete millones. En el momento de nacer, la dotación folicular disminuye hasta una cifra de dos millones. Con la primera regla (menarquia) la proporción ha disminuido hasta 400.000 folículos, mientras que al final de dicha etapa reproductiva, éstos han desaparecido.

El envejecimiento ovárico está programado desde el nacimiento y primero declina su función reproductora y luego la hormonal (menopausia).

Los cambios endócrinos empiezan а observarse va la producción ovocitos defectuosos perimenopausia con la de (disminución de la fecundidad) y que clínicamente darán lugar a alteraciones de ciclo, a veces tan llamativas como es la pérdida de la regularidad de los ciclos. Dando lugar a sangrados irregulares, tanto en la duración de días de sangrado, como en la cantidad y también en su presentación en cuanto a ciclos muy cortos (pocos días entre reglas), muy largos (muchos días de una regla a otra regla), o de forma anárquica (ataxia menstrual).

Aunque la fertilidad decline, puede ocurrir una alta tasa de embarazos imprevistos en mujeres de 40 – 44 años por eso es necesario continuar con la práctica anticonceptiva en las parejas heterosexuales.

El diagnóstico de menopausia es sintomático, ante la constatación de un año de amenorrea. Salvo en determinadas ocasiones no es necesario hacer determinaciones hormonales; en caso de necesidad, debemos solicitar: Gonadotropinas y 17 beta estradiol<sup>5</sup>.

En la menopausia el agotamiento de la reserva folicular implica un aumento paralelo de la LH y FSH, siendo este último mayor que el de la LH, debido a la supresión de inhibina, que es un factor de retrocontrol de la FSH y porque la vida media de la FSH es mayor que la de la LH.

Los niveles circulantes de estrógenos en la menopausia proceden en la mayor parte de la conversión de andrógenos a estrógenos a nivel del tejido adiposo (aunque también en músculo, hígado, hueso, médula ósea, fibroblastos y la raíz de pelo).

En caso de necesidad, las hormonas a valorar son:

- FSH (> 40 UI/ml).
- Estradiol ((<30-50 pg. / ml).</li>

Estos resultados deberán confirmarse en 2 o 3 ocasiones y periódicamente en algunos casos, por la posibilidad de reversibilidad en una mujer joven.

Aunque una vez establecida la menopausia en el ovario, ya no quedan folículos, a veces es posible encontrar todavía alguno capaz de producir una mínima dosis de hormona, pero no de producir una ovulación.

Esto explica que podamos encontrarnos con pequeñas fluctuaciones hormonales, la mayoría de veces de tan pequeña cantidad, que incluso son incapaces para producir sangrado menstrual.

El ovario tiene tres zonas con capacidad de producción hormonal, segregando:

- Folículo:
  - Estradiol (en mayor cantidad)
  - o Progesterona

<sup>5</sup>J. M. Bajo Arenas, J. M. Lailla Vivens, J. Xercavins Montosa. Fundamentos de Ginecología. Madrid: Editorial Médica Panamaericana; 2009.

- o Andrógenos
- Cuerpo lúteo:
  - Progesterona ( en mayor cantidad)
  - Estrógenos
- Estroma:
  - Andrógenos (en mayor cantidad)
  - o Estrógenos
  - o Progesterona

La producción hormonal en la posmenopausia depende del estroma, por lo tanto la veremos desplazada hacia la producción de andrógenos, no porque en este periodo se produzcan más que en la adolescencia, sino porque al estar las otras en detrimento su acción es más notoria.

Los cambios en los niveles hormonales pueden causar una variedad de síntomas que pueden durar de meses a años llegando incluso a cinco años o más.

#### 1.5. Manifestaciones clínicas

Durante el climaterio se producen una serie de cambios fisiológicos en diferentes órganos y tejidos. Estos son, en ocasiones, el resultado directo del descenso de los niveles de estrógenos y, en otras, consecuencia del proceso natural de envejecimiento o de ambos. Todos estos cambios van a dar lugar a una gran variedad de síntomas y signos clínicos.

Los síntomas que se relacionan directamente con la menopausia, y son consecuencia del descenso de estrógenos, son los síntomas vasomotores y atrofia genitourinaria, otros síntomas que se han asociado son incontinencia urinaria, infecciones urinarias a repetición, depresión, insomnio, pérdida de memoria, disminución de la libido, dolores musculares, pero en la mayoría de ellos no existe evidencia para relacionarlos directamente con la menopausia.

Existe una gran variabilidad en las mujeres con relación a los síntomas,no van a estar presentes en todas las mujeres y la intensidad

de los síntomas también es muy variable, así algunas mujeres experimentan múltiples y severos síntomas afectando a su calidad de vida y otras estarán asintomáticas o con mínimos síntomas.

#### 1.5.1. Síntomas Vasomotores

Los síntomas vasomotores o sofocos constituyen la manifestación clínica más característica del climaterio. Se definen como una sensación subjetiva de calor que habitualmente se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración que se sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca, pueden durar desde unos pocos segundos hasta varios minutos y su intensidad y frecuencia son muy variables. Cuando los sofocos tienen lugar durante la noche y son intensos pueden alterar el sueño.

La clínica vasomotora suele comenzar en la Perimenopausia y desaparece de forma gradual con los años. En los países occidentales, un 45-54% de las mujeres refiere sofocos de intensidad variable en los primeros años de la postmenopausia. En la mayoría de mujeres, la duración de los síntomas oscila entre los 6 meses y los 5 años.

Existen varias teorías sobre la fisiopatología de los síntomas vasomotores. Actualmente se cree que la ausencia de estrógenos, o de algunos de sus metabolitos, podría alterar el normal funcionamiento del centro termorregulador del hipotálamo. Este hecho explicaría los síntomas vasomotores que se presentan tras una ooforectomía.

La mayor intensidad de los síntomas que ocurre en algunas mujeres podría explicarse por el descenso más pronunciado de los estrógenos plasmáticos. El hecho de que las mujeres que han sido sometidas a una menopausia quirúrgica presenten síntomas más intensos refuerza esta teoría.

Diversos estudios observacionales muestran de manera consistente una asociación causal entre los síntomas vasomotores y la disminución de estrógenos. Los sofocos y las sudoraciones nocturnas pueden provocar alteraciones del sueño y en consecuencia cuadros de fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y falta de memoria. El insomnio, la cefalea y los mareos, aunque pueden estar presentes en mujeres con síntomas vasomotores intensos, no han mostrado una asociación causal con la disminución de estrógenos.<sup>6</sup>

#### 1.5.2. Síntomas Vaginales

Los cambios hormonales que se producen en el climaterio van a incidir en aquellos órganos que tienen receptores estrogénicos. Tras la menopausia se produce una pérdida de elasticidad del introito vulvar y una reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que comporta una disminución de la lubrificación y, en algunas mujeres, sequedad vaginal y dispareunia.

Diversos estudios observacionales muestran de manera consistente una asociación causal entre los síntomas vaginales y la disminución de estrógenos.

A medida que avanza la postmenopausia, la atrofia vaginal es más importante y los síntomas de sequedad vaginal y dispareunia son más manifiestos. Algunos estudios observacionales han mostrado que las mujeres sexualmente activas presentan una menor atrofia vaginal.<sup>7</sup>

#### 1.5.3. Síntomas Urinarios

La incontinencia urinaria es un problema complejo y multifactorial, cuya prevalencia aumenta con la edad. Aunque la disminución de los estrógenos podría contribuir a la incontinencia urinaria y a la presencia de síntomas urinarios (urgencia miccional), otros factores tienen un papel más relevante (paridad, traumatismos del parto, prolapso uterino y ciertos fármacos). La asociación entre la incontinencia urinaria y la

<sup>6</sup> Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y la Postmenopausia. Centro Cochrane Iberoamericano, SEGO, AEEM y SEMFyC. España 2004.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania Y, Cruz Oviedo Yolanda. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1997 Oct [citado 2013 Oct 17]; 13(5): 494-503. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-21251997000500014&lng=es.

disminución de estrógenos es controvertida. Algunos estudios han mostrado una asociación, mientras otros no. Por otra parte, diversos estudios muestran un aumento de la incontinencia de urgencia y mixta (de urgencia y de esfuerzo) y una disminución de la incontinencia de esfuerzo en la postmenopausia.

No se ha encontrado asociación causal entre la menopausia y las infecciones del tracto urinario recurrentes (ITU). Los cambios fisiológicos: acortamiento de la uretra distal, alcalinización del pH vaginal y desaparición del lactobacilos, podrían aumentar la susceptibilidad de contraer una infección urinaria en algunas mujeres.<sup>8</sup>

#### 1.5.4. Síntomas Mamarios

Las mamas se van a ir atrofiando progresivamente, pierden parénquima y grasa por lo que se hacen máspequeñas y con menor consistencia.

La etiología de la mastalgia, tanto en la etapa pre menopáusica como en la postmenopausia, es incierta aunque puede estar relacionada con la variabilidad hormonal que precede al cese de la función ovárica<sup>8.</sup>

Diversos estudios transversales y longitudinales muestran que la mastalgia disminuye con la menopausia. 9

#### 1.5.5. Estado de ánimo

Los principales estudios prospectivos y revisiones sistemáticas disponibles no han encontrado asociación entre las alteraciones del estado de ánimo: depresión, ansiedad; y la menopausia. Los factores sociales, familiares, laborales y las alteraciones previas del estado de ánimo se han mostrado más determinantes.

Los trastornos del psiquismo son importantes. Generalmente la menopausia se ha asociado siempre con cambios de carácter y

<sup>9</sup> Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y la Postmenopausia. Centro Cochrane Iberoamericano, SEGO, AEEM y SEMFyC. España 2004.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> J. M. Bajo Arenas, J. M. Lailla Vivens, J. Xercavins Montosa. Fundamentos de Ginecología. Madrid: Editorial Médica Panamaericana; 2009.

labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas, el más frecuente es la depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico y éste la triptofanciclooxigenasa que transforma el hidroxitriptófano en serotonina.

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

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

#### 1.5.6. Sexualidad

A medida que aumenta la edad, generalmente existe una pérdida del interés sexual. Las diversas revisiones disponibles concluyen que existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad, disminución del interés sexual, la frecuencia del coito y la lubricación vaginal y la menopausia, pero los factores que influyen en esta pérdida del interés son complejos y múltiples.

De estos factores, los más importantes son los psicosociales, y entre ellos, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma.<sup>10</sup>

#### 1.5.7. Esfera cognitiva

Con la edad existe una disminución progresiva de la capacidad cognitiva, que varía ampliamente entre las personas. Los determinantes de esta variabilidad son inciertos pero parece que las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer que los hombres. A pesar de que las mujeres desarrollan demencia con mayor frecuencia debido a su mayor longevidad, la incidencia específica por edad.

Aunque se ha sugerido que el déficit de estrógenos podría proteger a la mujer frente al deterioro cognitivo y la demencia, no se ha encontrado una asociación directa con la menopausia. Los estudios poblacionales han mostrado resultados inconsistentes y los longitudinales no han encontrado asociación entre la menopausia y la disminución de la capacidad cognitiva: dificultad de concentración y pérdida de memoria.<sup>11</sup>

#### 1.5.8. Síntomas Metabólicos

Son los más importantes y frecuentes aparte de la osteoporosis. Según la mayoría de las estadísticas, tenemosque un 60% de las mujeres ganan un promedio de 10 Kg al entrar en la menopausia. Sólo el 8% adelgaza y un32% permanece más o menos igual. Ésta variación es muy amplia de unas mujeres a otras por lo que se hablade climatéricas obesas, normales o delgadas.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania Y, Cruz Oviedo Yolanda. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1997 Oct [citado 2013 Oct 17]; 13(5): 494-503. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-21251997000500014&Ing=es.

11 Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y la Postmenopausia. Centro Cochrane Iberoamericano, SEGO, AEEM y SEMFyC. España 2004.

Por último, también hemos de tener en cuenta que absorción intestinal de nutrientes se ve afectada, ademásdel paso del calcio, fósforo o hierro así como algunas vitaminas.

#### 1.5.9. Síntomas Músculo-esqueléticos

Los estudios de cohortes no han mostrado una asociación entre la menopausia y las manifestaciones músculo-esqueléticas (algias articulares). A pesar de que numerosas mujeres refieren dolor y rigidez articular, no se ha mostrado que estos síntomas varíen con la menopausia. El estudio PEPI (PostmenopausalEstrogen/ProgestinInterventions Trial) no ha mostrado una tendencia significativa en la mejoría del dolor musculo esquelético en mujeres con terapia hormonal.

#### 1.6. Osteoporosis y riesgo de fractura

La osteoporosis es una enfermedad sistémica del esqueleto caracterizada por una baja masa ósea y alteraciones de la microarquitectura del tejido óseo. Estos cambios comportan una disminución de la resistencia del hueso y un incremento de la fragilidad y de la susceptibilidad de fractura.

La osteoporosis es un proceso crónico que se desarrolla con la edad y que está relacionada con diversas enfermedades y tratamientos e influenciada por factores hereditarios, ambientales y de estilo de vida.

El hueso es un tejido vivo que se encuentra en constante remodelación y recambio óseo. Su tamaño, resistencia y mineralización aumentan durante las etapas de desarrollo, con un pico máximo en la tercera década de la vida.

Después de conseguir este pico, comienza de manera gradual y lenta una inevitable pérdida de masa ósea.

La pérdida de masa ósea ocurre más tempranamente en las mujeres y experimenta una aceleración al cesar la producción estrogénica. Inicialmente el ritmo de pérdida aumenta en la perimenopausia y en los

primeros años después de la menopausia, para posteriormente disminuir e igualarse al de los varones.

El ritmo de pérdida de masa ósea en los primeros años de la postmenopausia varía de forma importante. En la gran mayoría de las mujeres, este ritmo de pérdida regresa a niveles similares a los años previos al climaterio. En un grupo reducido de mujeres este ritmo acelerado de pérdida puede ser más prolongado en el tiempo.

La edad y el tiempo transcurrido desde el inicio de la menopausia son los predictores más importantes de la disminución de la densidad mineral ósea (DMO). La edad media en la cual las mujeres sanas tienen un T-score por debajo de -2,5 desviaciones estándares (DE) es a los 85 años.

La edad en que se presenta este T-score que define la osteoporosis densitométrica podría adelantarse en aquellas mujeres que a lo largo de su vida no han conseguido un pico óptimo de DMO. Las mujeres tratadas con glucocorticoides, las que presentan un índice de masa corporal bajo o una pérdida de peso, inmovilidad y fragilidad, deficiencia de calcio y vitamina D, experimentan una aceleración de pérdida de DMO y un riesgo aumentado de osteoporosis y fracturas.

La consecuencia más importante de la osteoporosis es la fractura y la morbimortalidad y el gasto sanitario que conlleva. Las fracturas por fragilidad, definidas como las que resultan de una caída de la altura de una persona de pie o menor, o bien, aquellas que se presentan en ausencia de un traumatismo evidente, pueden suceder en cualquier hueso, excepto en los huesos de la cara y los dedos. Las fracturas de cadera son las que causan una mayor morbimortalidad.

En la mayoría de países se dispone de información sobre la frecuencia de fracturas de cadera a partir de los registros hospitalarios. La incidencia de la fractura de cadera es muy variable en los diferentes países y muestra un gradiente norte-sur, que en el caso de Europa

significa una mayor incidencia en los países Escandinavos que en los Mediterráneos.

La frecuencia de las fracturas vertebrales es más difícil de determinar, pues con frecuencia son asintomáticas o no requieren hospitalización y los registros son escasos.

Asimismo, la incidencia depende de si la definición de fractura vertebral es radiológica, clínica o morfométrica y por ello, los estudios observacionales disponibles muestran diferentes resultados. No obstante, los datos disponibles indican que las fracturas vertebrales son más frecuentes que las fracturas de cadera.

Las fracturas de cadera y vertebrales presentan un patrón de aparición que es exponencial con la edad. La incidencia de fractura vertebral se incrementa a partir de los 65 años y la de cadera a partir de los 75 años, con un marcado punto de inflexión a los 80 años. Los estudios disponibles en nuestro medio muestran patrones similares.<sup>12</sup>

#### 1.7. Enfermedades cardiovasculares.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en los países desarrollados. En España, la enfermedad coronaria (EC) es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (31%), siendo este porcentaje mayor en hombres (40%) que en mujeres (24%). En cambio la mortalidad por enfermedad cerebrovascular es más frecuente en mujeres (31% y 26%, respectivamente). España, en promedio, presenta tasas inferiores de morbimortalidad por ECV respecto a otros países occidentales, existiendo diferencias entre las diferentes comunidades autónomas.

Las tasas de incidencia y mortalidad de ECV aumentan en función de la edad, siendo su punto de inflexión en ambos sexos alrededor de los 65-

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y la Postmenopausia. Centro Cochrane Iberoamericano, SEGO, AEEM y SEMFyC. España 2004.

70 años. Las curvas de mortalidad específicas por edad y sexo guardan un paralelismo constante a lo largo de la vida.

Estos datos no apoyan las afirmaciones de algunos autores de que el riesgo de ECV se acentúa de forma importante en las mujeres a partir de la menopausia. Las tendencias de mortalidad cardiovascular y el cómo influyen las distintas variables han sido evaluadas en el estudio MONICA (Monitor trends in Cardiovascular diseases).

La comparación de las tasas de mortalidad ajustadas por edad entre distintos países europeos, muestra que éstas varían entre ambos sexos, siendo siempre inferiores en las mujeres. No obstante, las tasas en las mujeres de algunos países superan las tasas de los varones en otros.

La ECV se caracteriza por tener una etiología multifactorial. El incremento de riesgo coronario está ligado sobre todo al incremento de factores de riesgo que aparecen con la edad. El envejecimiento, la hipertensión arterial, la dislipemia, la diabetes, el hábito tabáquico, el sedentarismo, la obesidad y los antecedentes familiares son los factores más importantes y se potencian entre sí.

Diversas revisiones realizadas a partir de estudios observacionales en distintas poblaciones y pautas de tratamiento habían sugerido un efecto protector del TH sobre las ECV. Por el contrario, estudios y revisiones más recientes no han encontrado esta disminución del riesgo.

En los primeros estudios, el aparente efecto cardioprotector era plausible biológicamente, ya que los estrógenos mostraron una disminución de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y un aumento de las de alta densidad (HDL) No obstante, los estrógenos también mostraron efectos negativos (aumento de los triglicéridos, factor VII y proteína-C reactiva).<sup>13</sup>

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y la Postmenopausia. Centro Cochrane Iberoamericano, SEGO, AEEM y SEMFyC. España 2004.

#### 2. CALIDAD DE VIDA

#### 2.1. Concepto

«Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida». 14

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana.

Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población.

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

- La calidad de las condiciones de vida de una persona

32

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Ardila, Rubén. Calidad de vida: una definición integradora Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2003, 35 (): [Fecha de consulta: 9 de octubre de 2013] Disponible en <a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203</a>> ISSN 0120-0534

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

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

Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores:

- Sociales: se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.
- Psicológicos: miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales.
- Ecológicos: miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

Enfoques cualitativos: que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.<sup>15</sup>

\_

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Estudio poblacional de menopausia y calidad de vida (XI Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia). Siso Raber, C; Castelo Branco I Flores, C. Hospital Clínic Provincial, Barcelona

En esta definición hay varios aspectos que señalar, en primer lugar que calidad de vida es unestado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee.

Realización personal y calidad de vida son dos aspectos que se han ligado, y que sin duda están altamente correlacionados.

Calidad de vida, en esta definición incluye como aspectos subjetivos los siguientes:

- Intimidad
- Expresión emocional
- Seguridad percibida
- Productividad personal
- Salud percibida

Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces deexpresar nuestras emociones y compartir nuestraintimidad.Como aspectos objetivos la calidad de vida incluye:

- Bienestar material
- Relaciones armónicas con el ambiente
- Relaciones armónicas con la comunidad
- Salud objetivamente considerada

Como puede notarse, separamos salud percibida y salud objetiva. Podemos sentirnos saludables y no estarlo, o estarlo (salud objetiva) y no sentirnos saludables.<sup>16</sup>

Señalábamos antes que cuando se han satisfecho las necesidades básicas de alimento, vivienda, trabajo, salud, etc., para la mayor parte de

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup>David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc., Susan Storck, MD, FACOG, Chief, Eastside Department of Obstetrics and Gynecology, Group Health Cooperative of Puget Sound, Bellevue, Washington; Clinical Teaching Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Washington School of Medicine.

losmiembros de una comunidad, en un contexto determinado, empieza el interés por la calidad de vida. Seinsiste en que es preciso dejar de centramos en lasnecesidades de déficit y empezar a trabajar en elcrecimiento personal, las realizaciones de las potencialidades, el bienestar subjetivo y otros temassimilares.

Este es un campo de trabajo que lleva variasdécadas, e incluso ha influido en el contexto de lasalud a nivel internacional (Organización Mundialde la Salud). Es un área de gran importancia y degran crecimiento.

Señalemos que la mayor parte delas investigaciones y de las aplicaciones se hanllevado a cabo en el campo de la salud y en el campodel trabajo: calidad de vida y salud, por una parte, ycalidad de vida laboral por la otra.

Se han separado los aspectos objetivos de lacalidad de vida (indicadores sociales) y los aspectossubjetivos o percibidos. Podríamos enunciar quelos principales factores que se tienen en cuenta en elestudio de la calidad de vida son los siguientes:

- Bienestar emocional
- Riqueza material y bienestar material
- Salud
- Trabajo y otras formas de actividad productiva
- Relaciones familiares y sociales
- Seguridad
- Integración con la comunidad

Influencias de las actitudes, expectativas y adaptabilidad en la evaluación de la calidad de vida.

La actitud ante la postmenopausia es un factor muy importante en la evolución de la calidad durante este periodo. Los perjuicios previos

sobre el significado y los síntomas que pueden aparecer influyen en la vivencia y repercuten en la calidad de vida. Existen datos clínicos de que las ideas preconcebidas sobre los síntomas que pueden surgir determinan su aparición.

Si una mujer cree que la postmenopausia es el final de la feminidad y que le espera un infierno de síntomas, es más proclive a tener un importante deterioro de su calidad de vida. La instauración de prejuicios o visiones negativas sobre la postmenopausia, considerándola una enfermedad, se correlacionan con una peor vivencia de ésta.

Por el contrario, una visión positiva, como periodo de madurez y una etapa fisiológica de la vida de la mujer, minimiza el impacto sintomatológico. Las expectativas son también cruciales en la evolución de la calidad de vida. Si las expectativas no coinciden con la realidad, se evalúa como pérdida de calidad de vida.

Las mujeres que esperan retener por siempre la juventud se enfrentan al lento declinar del paso de los años con la vivencia de un deterioro de su calidad de vida.

El impacto de las expectativas varía a lo largo del tiempo. Cuando aparece la postmenopausia o cualquier situación nueva o de estrés, se provoca un choque entre la realidad clínica y las expectativas que existían previamente. Durante un periodo de tiempo o periodo de asimilación se produce una pérdida en las puntuaciones de calidad de vida, hasta que sus expectativas se reajustan a su realidad.

La mujer postmenopáusica puede hacer esfuerzos para mantener su forma física y preservar su atractivo y aspiraciones Según avanza el proceso, remplaza sus objetivos por otros nuevos, reduciendo sus niveles de estrés y adaptándose a sus nuevas posibilidades.

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

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

#### 3. PERCEPCIÓN DE SALUD

Este indicador ofrece información acerca de cómo perciben los individuos su estado de salud. Es un indicador subjetivo que se obtiene vía encuesta, en la que se pide a los entrevistados que definan su estado de salud como muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo. La valoración del estado de salud percibida, como indicador de la salud general de la población, es un elemento clave para la sostenibilidad, indicativo de la calidad de vida y bienestar de las personas.<sup>17</sup>

El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y fácilmente preguntados en las encuestas de salud. A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas y variables según responda el propio entrevistado, el médico de familia o un miembro del hogar opinando sobre los demás, se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y otras consecuencias de la misma.

La relación entre sexo y valoración de estado de salud es estrecha. Las mujeres suelen percibir peor su salud, especialmente cuando superan los 50 años, las percepciones positivas disminuyen considerablemente mientras aumentan las negativas. Tras este factor actúa realmente la viudez, la soledad y los menores ingresos.

La valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen.

37

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup>Abellán, A. - Percepción del estado de salud - Revista Multidisciplinar de Gerontología - vol. 13 - 2003 – 3 pág.

La autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas.

Dado el envejecimiento de la población, lo que resulta en una mayor proporción de potenciales enfermos crónicos, con un ingreso económico reducido, los indicadores de salud se han ampliado más allá de lo meramente cuantitativo a lo cualitativo.

Estos nuevos indicadores de percepción del estado de salud, más bien conocidos como "Calidad de Vida Relacionada a Salud", sirven para monitorear la salud de las poblaciones ya no sólo basados en la mortalidad, la morbilidad y las expectativas de vida.

Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio.

Sin embargo, el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas con diferentes opciones de respuesta sobre los aspectos cotidianos físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente.

Por el contrario los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable y rápido el funcionamiento y el bienestar. Los resultados de esos cuestionarios junto con los que se obtienen de la historia clínica y del examen físico proporcionan información cuantificable y completa, útil para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y monitorizar su éxito. 18

-

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup>URDANETA M, José et al. CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MENOPAUSICAS CON Y SIN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2010, vol.75, n.1 [citado 2013-11-06], pp. 17-34. Disponible en: <a href="http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0717-75262010000100004&lng=es&nrm=iso">http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0717-75262010000100004&lng=es&nrm=iso</a>. ISSN 0717-7526. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000100004.



## **METODOLOGÍA**

#### - MATERIAL Y MÉTODOS

#### Tipo de estudio:

La presente investigación es un estudio de tipo DESCRIPTIVO, de corte TRANSVERSAL, con el objetivo de determinar la calidad de vida y su relación de la salud en la mujer durante la postmenopausia atendidas en consulta externa del Hospital de Cariamanga José Miguel Rosillo.

#### UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo estuvo conformado por todas las mujeres postmenopáusicas que acudieron a la consulta externa del Hospital "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.

La muestra estuvo constituida por 115 mujeres entre 55 a 65 años que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### Criterios de inclusión:

- Mujer postmenopáusica entre 55 a 65 años.
- Mujeres con amenorrea mayor a 1 año.
- Mujeres que tengan historia clínica en el hospital.
- Mujeres que accedan a ser entrevistadas.

#### Criterios de exclusión:

- Mujer menores de 55 años o mayores de 65 años.
- Presentar algún tipo de enfermedad neurológica invalidante
- > Tratamiento hormonal sustitutivo en los seis meses anteriores
- Pacientes con ooferectomía previa antes de los 30 años.
- Mujeres que no colaboren con la entrevista.

#### TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO:

Para la realizar este trabajo de investigación, primero se adquirió la autorización de la Directora del Hospital "José Miguel Rosillo" de la Ciudad de Cariamanga.

Para la recolección de datos se utilizó la *Escala de Cervantes* (ANEXO Nº1), por ser una escala bastante equilibrada que abarca dominios como:

- o Menopausia y salud (15 ítems).
- Sub dominios:
  - Sintomatología vasomotora (3 ítems): 3, 9, 29
  - Envejecimiento (7 ítems): 5, 7, 16, 18, 25, 27
  - Salud (5 ítems): 1, 5, 11, 14, 23
- o Psíquico (9 ítems): 2, 6, 10, 12, 17, 18, 19, 21, 24
- Sexualidad (4 ítems): 4, 15, 22, 30
- o Relación de pareja (3 ítems): 8, 13, 26

Comprende la indagación de hechos relativos al proceso de la postmenopausia y aspectos de salud percibidos por la mujer, los dominios de clasifican acorde a la puntuación obtenida, como pérdida de la calidad de vida.

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

Dependiendo de las respuestas dadas por las usuarias, el puntaje obtenido, se pudo valorar la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas como perdida leve, moderada y grave.

Para validar este instrumento, se realizó primeramente una PRUEBA PILOTO con 20 mujeres postmenopáusicas, que acudieron a Consulta externa del Hospital José Miguel Rosillo de la ciudad de Cariamanga.

Luego de aplicado el cuestionario, se entregó un tríptico (anexo n°2), con información acerca de las manifestaciones clínicas de la postmenopausia, con el objetivo que se informen las mujeres que participaron en este estudio.

### - PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis, se tabularon los datos y se organizaron en tablas de frecuencia en Excel, para su posterior análisis, interpretación, discusión, y elaboración de conclusiones y recomendaciones.

# RESULTADOS

#### **RESULTADOS**

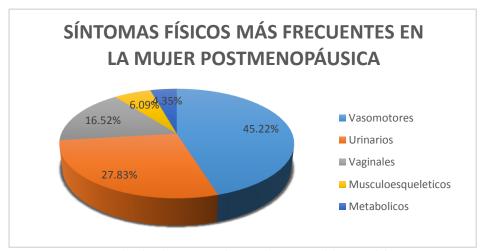
Tabla N°1
SÍNTOMAS FÍSICOS MÁS FRECUENTES EN LA MUJER
POSTMENOPÁUSICA

Síntomas Físicos	Frecuencia	Porcentaje
Vasomotores	52	45,22
Urinarios	32	27,83
Vaginales	19	16,52
Musculoesqueléticos	7	6,09
Metabólicos	5	4,35
Total	115	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias de consulta externa del Hospital de Cariamanga 2013.

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

Gráfico Nº 1



Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias de consulta externa del Hospital de Cariamanga 2013.

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

#### **ANALISIS:**

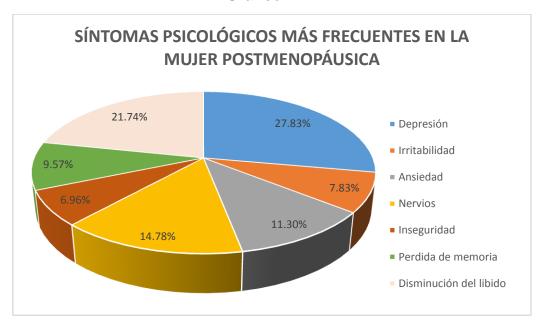
Del total de entrevistadas, se determinó que 52 mujeres es decir un 45.22% refieren como principal sintomatología la vasomotora, seguido de 32 mujeres (27.83%) presentan síntomas urinarios.

Tabla N°2
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN LA MUJER
POSTMENOPÁUSICA

Síntomas Psicológicos	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	32	27,83
Irritabilidad	9	7,83
Ansiedad	13	11,30
Nervios	17	14,78
Inseguridad	8	6,96
Pérdida de memoria	11	9,57
Disminución del libido	25	21,74
Total	115	100,00

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

Gráfico N° 2



Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias de consulta externa del Hospital de Cariamanga 2013.

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

#### **ANALISIS:**

En lo referente a síntomas psicológicos, se observa que en el total de entrevistadas, los síntomas principalmente observados son depresión en 32 mujeres que equivalen al 27.83%, y disminución de la libido en 25 mujeres que representa un 21.74%.

Tabla N°3

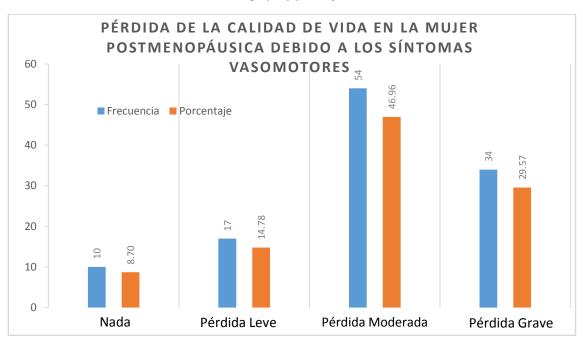
PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER POSTMENOPÁUSICA

DEBIDO A SÍNTOMAS VASOMOTORES

Síntomas Vasomotores	Nada	Leve	Moderada	Grave	Total
Sofocos	4	5	12	17	38
3010003	3,48	4,35	10,43	14,78	33,04
Palpitaciones	2	9	24	12	47
Palpitaciones	1,74	7,83	20,87	10,43	40,87
Sudoración	4	3	18	5	30
Sudoración	3,48	2,61	15,65	4,35	26,09
Total	10	17	54	34	115
	8,70	14,78	46,96	29,57	100,00

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

Gráfico N° 3



Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias de consulta externa del Hospital de Cariamanga 2013.

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

#### **ANALISIS:**

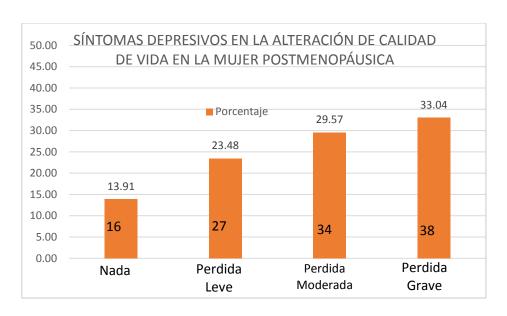
Del total de mujeres entrevistadas, los síntomas vasomotores, son responsables en un 46.96% de una pérdida moderada de la calidad de vida, seguido por un 29.57% refieren una perdida grave de la calidad de vida.

Tabla N°4
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LA ALTERACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER POSTMENOPÁUSICA

Dominio Psíquico	Nada	Leve	Moderada	Grave	TOTAL
Alteración de los nervios	2	4	4	5	15
Todo me aburre	0	2	2	4	8
Perdida de relajación	4	3	5	6	18
Las cosas dan vuelta	3	4	4	2	13
Los demás mejor sin mi	2	3	4	4	13
Me da miedo	1	5	3	5	14
No logro descansar	1	1	5	4	11
Sensación de inutilidad	2	2	3	3	10
No importa si muero	1	3	4	5	13
Total	16	27	34	38	115
Porcentaje	13,91	23,48	29,57	33,04	100,00

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

Gráfico N°4



Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias de consulta externa del Hospital de Cariamanga 2013.

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

#### **ANALISIS:**

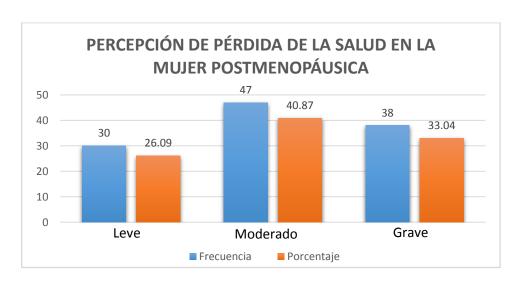
Del total de mujeres entrevistadas, en síntomas depresivos, 38casos es decir 33.04% refieren una perdidagrave en la calidad de vida, un total de 34casos es decir un 29.57% refieren una perdida grave en la calidad de vida.

Tabla N°5
PERCEPCIÓN DE PÉRDIDA DE LA SALUD EN LA MUJER
POSTMENOPÁUSICA

		Pérdida	Pérdida	
Percepción de salud	Pérdida Leve	Moderada	Grave	Total
Dolor de cabeza	3	7	10	20
Doloi de cabeza	2,61	6,09	8,70	17,39
No duermo lo suficiente	5	8	5	18
No duerrilo lo sufficiente	4,35	6,96	4,35	15,65
No consigo descansar	5	9	7	21
No consigo descansar	4,35	7,83	6,09	18,26
Retengo liquido	7	10	11	28
Reterigo ilquido	6,09	8,70	9,57	24,35
Tanga salud sama sualguiara	10	13	5	28
Tengo salud como cualquiera	8,70	11,30	4,35	24,35
Total	30	47	38	115
Total	26,09	40,87	33,04	100,00

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

Grafico N°5



Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias de consulta externa del Hospital de Cariamanga 2013.

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

#### **ANALISIS:**

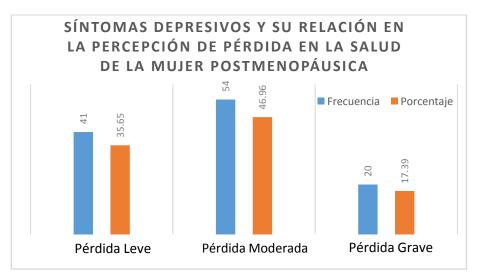
Del total de mujeres entrevistadas, 47 mujeres es decir el 40.87% refieren perdida moderada en la percepción de su salud, un total de 38 mujeres es decir un 33.04% refieren una perdida grave en la percepción de salud.

Tabla N° 6
SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SU RELACIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE PÉRDIDA EN LA SALUD DE LA MUJER POSTMENOPÁUSICA

Síntomas Depresivos		Percepción d	e Salud	
Silitolilas Depresivos	Leve	eve Moderado		Total
Ninguna	7	9	0	16
	6,09	7,83	0,00	13,91
Leves	13	10	4	27
	11,30	8,70	3,48	23,48
Moderados	19	11	4	34
	16,52	9,57	3,48	29,57
Graves	2	24	12	38
	1,74	20,87	10,43	33,04
Total	41	54	20	115
	35,65	46,96	17,39	100,00

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

Gráfico Nº 6



Fuente: Cuestionario aplicado a las usuarias de consulta externa del Hospital de Cariamanga 2013.

Elaborado: Pablo Fernando Pineda Lavanda

#### **ANALISIS:**

En la relación de síntomas depresivos con la percepción de salud, 54 mujeres (46.96%) presentanpérdida moderada de percepción de salud y 20 casos (17.39%) presentan pérdida grave de la percepción de salud.

# DISCUSIÓN

### **DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos en esta investigación nos permiten visualizar la presencia de síntomas físicos y psicológicos que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres en esta etapa de su vida y como estos alteran e influyen en la calidad de vida y su salud, conforme se evidencia en múltiples estudios.

Así tenemos que en estudios realizados en Barcelona, España en abril del 2009, refieren que las mujeres encuestadas presentan síntomas vasomotores un 65 %; de igual forma en estudios realizados en Chile en el 2006, se menciona que uno de los síntomas clásicamente asociados a este periodo son las manifestaciones vasomotoras, reportan que los bochornos son la expresión climatérica más referida por las mujeres con un porcentaje del 56%, circunstancias que concuerdan con los datos obtenidos en este estudio donde un 45.22% de las mujeres entrevistadas manifiestan síntomas vasomotores.

De igual forma en los estudios realizados en España 2010, los datos que obtuvieronreferente a síntomas psicológicos, un 50.5% de las mujeres presentan estados depresivos, seguidos por un 35.5% refieren cambios en el estado de ánimo, lo que concuerda con esta investigación, en la que el principal síntomas es la depresión aunque en menor proporción (27.83%).

En cuanto a la pérdida de la calidad de vida a causa de síntomas vasomotores, tenemos que en los estudios realizados en Cali, Colombia en el 2011 se reporta que estos, son responsables en un 72.53% de la pérdida grave de la calidad de vida de las mujeres, cifras mayores a las de este estudio, en donde los síntomas vasomotores, son responsables en un 46.96% de la pérdida moderada de la calidad de vida, seguido por un 29.57% con una pérdida grave de su calidad de vida.

En el mismo estudio en Colombia, reportan que un 50.6% de percepción de pérdida de salud grave, no coincidiendo con este estudio, donde un 40.87% refieren pérdida moderada de la calidad de vida.

# CONCLUSIONES

#### CONCLUSIONES

- ➤ De los resultados obtenidos en la presente investigación, tenemos que entre las diferentes manifestaciones físicas encontramos en la mujer postmenopáusica, la sintomatología vasomotora ocupa el primer lugar con un 45.22%.
- ➤ En cuanto a las manifestación psicológicas encontramos en la mujer postmenopáusica, que acudió al servicio de consulta externa del hospital de Cariamanga, un 27,83% refieren depresión, seguida de disminución de la libido en un 21.74% y la presencia de crisis nerviosas en 14.78% entre las mas frecuentes.
- ➤ En lo que tiene que ver a pérdida de la calidad de vida, a causa de los síntomas vasomotores; los datos obtenidos revelan que un 46.96% de las mujeres encuestadas presentan una pérdida moderada de la calidad de vida.
- ➤ De igual forma en la relación de síntomas depresivos con la percepción de salud un 46.96% son responsables de una pérdida moderada de la percepción de salud y un 17.39% perdida grave en percepción de salud.

.



#### RECOMENDACIONES

- La creación de un programa de salud integral para atender a la población postmenopáusica, en donde podrá enfrentar sus temores, restructurar sus ideas erróneas y sus tabúes de una manera física, emocional y sexual.
- Implementar políticas públicas, desarrollar proyectos de asistencia a la Salud adecuados para la mujer postmenopáusica enfocados a la promoción y prevención de enfermedades crónicas-degenerativas que se desarrollan en esta etapa de vida.
- Informar a las mujeres postmenopáusicas las principales medidas de prevención que se pueden llevar a cabo para disminuir tantos los signos y síntomas como son: dejar de fumar, practicar regularmente ejercicio físico, seguir una dieta sana y equilibrada, controlar el peso, moderar la ingesta de alcohol y café; y una dieta rica en calcio.

# BIBLIOGRAFÍA

# **BIBLIOGRAFÍA**

- ABELLÁN A. Percepción del estado de salud. Revista Multidisciplinar de Gerontología 2003;13(5): pág. 340-342
- Achío Tacsan M. Salud de las mujeres de edad mediana: Reto para los servicios de salud. Rev. Ciencias Soc. 2003; III y IV (101-102): 95-6. [Consultado: 17 Septiembre 2013]. Disponible en: <a href="http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15310208">http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15310208</a>
- ARAYA GUTIÉRREZ.A, URRUTIA SOTO.M. Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. Ciencia y enfermería 2006; 12 (1): 19-27.
- BASAVILVAZO RODRIGUEZ et al. Atención del climaterio y menopausia México: Secretaria de salud; 2009 Disponible en: <a href="http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html">http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html</a>
- CAPOTE BUENO. M, SEGREDO PÉREZ. A, GÓMEZ ZAYAS. O.
   Climaterio y menopausia. Revista Cubana Medicina Integral [revista en la Internet]; 27(4): 543-557. Disponible en:
   http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es.
- CEPAL América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población.
   1950-2050. Boletín Demográfico. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Santiago de Chile.
- CHALCO CASTILLO.N. Factores exógenos que predisponen a la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas de la comunidad bocanegra callao". [Tesis profesional]. Perú: Universidad Nacional Del Callao,2011
- 8. CORNELLANA PUIGARNAU. La menopausia al inicio del siglo XXI. Barcelona: Glosa; 2009
- DALBERT D. Enfoque Holístico Del Climaterio. Revista Nuestro Hospital 1997; 1(2).
- 10. DEL PRADO .M, FUENZALIDAA. A, JARAA. D, FIGUEROA. R. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale), Revista Médica Chile 2008; 136: 1511-1517.

- 11.FERNANDEZ GARRIDO J. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Valencia, 2009.
- 12. GONZÁLES, CARRILLO. En el estudio titulado "Estudio sobre la Menopausia en el Perú. Acta andina 1994; 3(1): 55-66
- 13. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y la Postmenopausia. Centro Cochrane Iberoamericano, SEGO, AEEM y SEMFyC. España 2004.
- 14.HEREDIA HERNANDEZ B, LUGONES BOTELL M. Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. Revista Cubana Obstetricia Ginecología. 2007 diciembre [Consultado: 17 de septiembre de 2013] ;33(3): Disponible: <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0138-600X2007000300008&lng=es">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0138-600X2007000300008&lng=es</a>
- 15. HERNÁNDEZ GUILLAMA. G, ROMERO LEAL. N. Caracterización del climaterio y menopausia en la mujer venezolana. Revista de ciencias médicas de la Habana 2011; 17(1):68-79.
- 16. J. M. Bajo Arenas, J. M. Lailla Vivens, J. Xercavins Montosa. Fundamentos de Ginecología. Madrid: Editorial Médica Panamaericana; 2009.
- 17. JOSE LOMBARDIA, Ginecología y Obstetricia, panamericana, (2007), pág. 305-306
- 18. LLANOS TEJADA F. Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Revista Médica Hered 2004; 15(1): 24-29.
- 19.LÓPEZ. F. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la menopause rating scale (mrs). Revista Chilena Obstetricia Ginecología 2010; 75(6): 375 382.
- 20. Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania Y, Cruz Oviedo Yolanda. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1997 Oct [citado 2013 Oct 17]; 13(5): 494-503. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0864-21251997000500014&lng=es.
- 21.PERNAS GONZALEZ A, PEREZ PIÑERO J. Síndrome climatérico. Caracterización y factores de riesgo. Villa Clara. 2004. Rev. Temas Estadísticos de Salud. [serie en Internet]. 2005 [Consultado: 17/septiembre/2013]; 1(1):Disponible en: ttp://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/nro1\_sindrome\_climaterico.pdf
- 22. RAMIREZ ATENCIO.C. Edad de presentación de la menopausia y nivel de conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres climatéricas atendidas en el centro de salud de alto de la alianza del 2008 al 2011. Revista Médica Basadrina 2011; 5(2): 11-15.
- 23. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Actuación en Atención Primaria 2000 Editorial Casanova Barcelona.A.J.Del Alamo Problemas de la Menopausia Precoz. p.301-302
- 24. Utian W. Rol de la hormonoterapia a largo plazo en el contexto de la medicina preventiva para la mujer postmenopáusica. En González Campos O, Arteaga Urzúa, Contreras Castro P. Menopausia y Patologías Asociadas. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio; 1998: 25-33
- 25. VALENZUELA M. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. ciencia y trabajo 2005; 7(17): 118-122
- 26. VARGAS J. Intensidad del síndrome climatérico en relación a calidad de vida en mujeres post menopáusicas de la región de salud Tacna – Minsa, 2007. [Tesis profesional]. Perú: Universidad nacional de San Agustín de Arequipa, 2009
- 27. VIVANCO, C., PILCO, R. Perspectivas, Mitos y Realidades sobre el Climaterio en Mujeres que laboran en la Universidad Nacional.
- 28. YABUR TARRAZZI. J. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer venezolana durante la Perimenopausia y la posmenopausia Colección Razetti 2010; 10: 493-550.

# ANEXOS

#### **ANEXOS**

Edad: \_\_\_\_\_

#### ANEXO Nº 01

### ESCALA CERVANTES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Estado civil: \_\_\_\_\_

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a
continuación y si tiene alguna duda sírvase preguntar. Responda a las
preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el
grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se
proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marque el 5 y si está
totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en
desacuerdo utilice las casillas intermedias. No piense demasiado las
respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay
respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben
responderse con sinceridad.

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

		0	1	2	3	4	5
1	Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más						
2	No puedo más de lo nerviosa que estoy						
3	Noto mucho calor de repente						
4	Mi interés por el sexo se mantiene como siempre						
5	No consigo dormir las horas necesarias						
6	Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían						
7	Noto hormigueos en las manos y/o los pies						

8	Me considero feliz en mi relación de pareja				
9	De pronto noto que empieza a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo				
10	He perdido la capacidad de relajarme				
11	Aunque duermo no consigo descansar				
12	Noto como si las cosas me dieran vueltas				
13	Mi papel como esposa o pareja es				
14	Creo que retengo liquido porque estoy hinchada				
15	Estoy satisfecha con mi vida intima				
16	Noto que los músculos o las articulaciones me duelen				
17	Creo que los demás estarían mejor sin mi				
18	Me da miedo hacer esfuerzos por se me escapa la orina				
19	Desde que me levanto me encuentro cansada				
20	Tengo tan buena salud como cualquier persona a mi edad				
21	Tengo sensación de que no sirvo para nada				
22	Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes				
23	Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control				
24	A veces pienso que no me importaría estar muerta				
25	Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos				
26	En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual				
27	Siento picor en la vagina como si estuviera demasiado seca				
28	Me siento vacía				
29	Noto sofocos				
30	En mi vida el sexo es.				
31	He notado que tengo más sequedad de la piel				
		l			

<sup>•</sup> Totalmente en desacuerdo: 0

• En desacuerdo moderado: 1

En desacuerdo leve: 2

• Indiferente: 3

De acuerdo: 4

Totalmente de acuerdo: 5

Menopausia y Salud (15 ítems): Respuestas 1, 3, 5, 7, 9, 11, 14, 16, 18, 20, 23, 25, 27, 29, 31

Sintomatología vasomotora: Respuestas 3, 9, 29

Salud: Respuestas 1, 5, 11, 14, 23

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

Dominio Psíquico (9 ítems): Respuestas 2, 6, 10, 12, 17, 18, 19, 21, 24

Sexualidad (4 ítems): Respuestas: 4, 15, 22, 30

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



#### MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

La menopausia es el cese de la menstruación

El climaterio o perimenopausia comienza al año siguiente de la menopausia y es la transición del periodo reproductivo a la no reproductiva.

CADA MUJER VIVE ESTA ETAPA DE MANERA DIFERENTE.

ESTA BUENO QUE TE PREPARES PARA
DISFRUTARLA

# CLASIFICACION DEL CLIMATERIO

- Premenopausia: la edad promedio de inicio es de 35 – 45 años de edad
- Menopausia: la edad promedio es de 46 – 55 años de edad es el término que se refiere al último periodo menstrual e indica el final de la vida reproductiva
- Postmenopausia: es el periodo que inicia de los 56 años de edad y finaliza alrededor de los 65 años.

# **MOLESTIAS**

- Sudoración nocturna
- Bochornos
- Sofocos
- Dolor de cabeza
- Mareos
- Picazón en manos y pies.
- Resequedad vaginal
- Cambios de animo
- Ansiedad
- Temor
- Perdida del deseo sexual
- Fatiga
- Cansancio
- Irritabilidad
- Ausencia de la menstruación.



#### FACTORES DE RIESGO

Estudios han demostrado que algunas circunstancias aumentan la frecuencia y/o intensidad de los síntomas como:

- Obesidad
- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Escolaridad
- Ambiente
- Enfermedades crónicas:
  - o Presión alta
  - o Diabetes

EL CONOCIMIENTO DE TU CUERPO Y SUS SENSACIONES TE PERMITEN VIVIR PLENAMENTE CADA ETAPA DE TU VIDA

#### RECOMENDACIONES

- Llevar una dieta balanceada que incluya alimentos frescos ricos en calcio (lácteos, huevo, yogurt) y evita el consumo de carnes rojas, café y alcohol y deja el cigarrillo
- Hacer ejercicio por lo menos tres veces a la semana durante 30 minutos al día.
- Prevé fracturas evitando golpes y caídas
- Hágase controles periódicos:
  - Realizarse el autoexamen de mama
     PERIODICAMENTE
  - Consulte a su ginecólogo 1 vez por año.
  - Papanicolaou y mamografía según indicación del médico.

# **MENOPAUSIA**

Y

### **CLIMATERIO**



#### RECUERDA

Tienes derecho a seguir aprendiendo y hacer las cosas como antes

# INDICE

CEF	RTIFIC	ACIÓN	i
AU1	ΓORÍA		ii
CAF	RTA DI	E AUTORIZACIÓN	iii
AGI	RADEO	CIMIENTO	iv
DE	DICATO	ORIA	v
RESU	JMEN -		10
SUN	/MAR	Y	11
RE\	/ISION	DE LA LITERATURA	16
1.	Mer	nopausia	17
	1.1.	Introducción	17
	1.2.	Consideraciones Generales	18
	1.3.	Etapas	18
	1.4.	Fisiología	19
	1.5.	Manifestaciones clínicas	22
	1.6.	Osteoporosis y riesgo de fractura	28
	1.7.	Enfermedades cardiovasculares	30
2.	CAI	LIDAD DE VIDA	32
	2.1.	Concepto	32
3.	PER	CEPCIÓN DE SALUD	37
ME	rodol	_OGÍA	40
RES	SULTA	DOS	44
DIS	CUSIÓ	N	51
REC	OMEND	DACIONES	55
BIB	LIOGR	AFÍA	57
ANE	EXOS -		61
INIDI	CE		66