

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEON**



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA
INFORME FINAL**

Educación psicológica y tratamiento que reciben las pacientes por el personal de enfermería en relación a su etapa menopausica en el Centro de Salud Trinidad Guevara, Matagalpa en el periodo de Enero – Marzo del 2005.

AUTORES

Enfermero: Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan

Enfermera: Teresa de Jesús Ruiz Prendí

TUTORA

Lic. Leuvad del Carmen Tercero

ASESORA

Lic. Thelma Días de Paredes

Nicaragua, León Marzo 2005



DEDICATORIA

A mi familia que con su apoyo, entusiasmo y alegría hacia que me presentara en las clases cada fin de semana.

A mis padres que aunque lejos siguen animándome para que continuara el buen camino al progreso y el conocimiento.

A personas que no son anónimas y que me ayudaron en cada paso a mantener la mirada hacia delante.

Miguel Ángel Estopiñan E.



AGRADECIMIENTO

A la madre de las universidades en Nicaragua, UNAN – LEON por haberme albergado en su corazón con tanto amor y cariño.

A cada una de las profesoras que llego a mí con el pan de la enseñanza y el valioso esfuerzo de quererlo hacer.

A mi familia que me permitió dejar la casa 120 días en dos años consecutivos para permitir mi desarrollo profesional.

A mis profesoras más allegadas Lic. Nubia Mesa y Lic. Leuvad del C. Tercero por su confianza y valiosa colaboración en mi desarrollo personal.

A todos mis compañeros de clase que de una forma u otra hicimos una familia para toda la vida.

Ser cultos es el único

modo de ser libres

José Martí

Miguel Ángel Estopiñan E.



DEDICATORIA

A Dios, padre como ser supremo, sobre todas las cosas quien me guía a lo largo de la vida y me orienta por los senderos del amor y la esperanza.

A mis padres que son fuente de orgullo, admiración y respeto a quienes amo mucho y que con amor y sacrificio han hecho posible la realización de este sueño hecho realidad.

A mis hijos Kenia Massiel y Frank Rancel que los amo y son el ser mas importante de mi vida y que siempre me han apoyado y comprendido por todos los momentos que he dejado.

A mi esposo fuente de luz, amor y sabiduría el cual siempre esta a mi lado en los momentos mas difíciles.

Teresa de Jesús Ruiz Prendí



AGRADECIMIENTO

A Dios padre como ser supremo, sobre todas las cosas quien me guía a lo largo de la vida y me orienta por los senderos del amor y la esperanza.

A mis profesoras, en especial a la Lic. Leuvad del Carmen Tercero, Lic. Thelma Días de Paredes y todos aquellos que me guiaron hacia la victoria final.

Teresa de Jesús Ruiz Prendí



INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	3
INTRODUCCIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
MARCO TEORICO	12
HIPOTESIS.....	62
DISEÑO METODOLOGICO	63
RESULTADOS.....	65
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFIA.....	74
ANEXOS.....	76



INTRODUCCIÓN

La educación es un proceso psíquico que comienza en la edad de recién nacido y termina con la muerte, dicho cambio requiere de la interrelación de las diferentes esferas del ser humano tales como: la atención, la emocional, la integración del conocimiento desde la figura, lo pensado y la resolución o integración de un todo en el proceso cognoscitivo de la enseñanza.

La menopausia como problema de salud y su resolución es uno de nuestros objetivos, así como que se está haciendo en función de este.

Los prestadores de servicios actúan indiferentes ante la problemática del climaterio o menopausia, ante la presencia de los diferentes signos y síntomas son indiferentes manejándolos como problemas psicosomáticos de la mujer y toman la postura de referir con psicología o a especialistas no dando una adecuada información o consejería a las mujeres, hay que tomar en cuenta las características individuales de ellas para poder tratar adecuadamente esta etapa de complejo femenino.

Desde los años 35 y hasta los 48 o 49 años la mujer sufre un proceso biológico natural relacionado con la infertilidad en virtud del cese de las funciones gonadales femeninas; pero que científicamente no relacionado con la función sexual de la mujer pues la flor deja de ser polinizada; pero sigue siendo flor.

En Nicaragua no existen estudios específicos y se conoce extraordinariamente poco sobre los cambios biológicos, psicológicos y su connotación social; pero podemos modificarlos en la medida en que incidamos sobre lo que en un grupo de la población constituye un problema de salud.

A medida que transcurre el proceso de desarrollo del envejecimiento, llega un momento en la vida de la mujer en que cesa su capacidad reproductiva que se



instaura poco a poco y ocurre simultáneamente con cambios de roles sociales, en nuestro medio se escuchan una serie de reacciones en las personas, cuando se habla de menopausia.

En 1980 el 21% de la población total del mundo, o sea 930 millones de personas había alcanzado la edad de los 45 años o más .De esta cifra unos 500 millones son mujeres .1980-2000. Mientras en los países desarrollados la población de mujeres que llegan a la menopausia aumentaría en menos de 50 millones, en los subdesarrollados el incremento será de 200.

Por lo que no se puede pensar que los problemas de la menopausia son propios de países subdesarrollados.

Desterrar cualquier connotación de enfermedad o de patología ligada al acontecimiento fisiológico de la menopausia, es probablemente uno de los aspectos más importantes a desarrollar desde cualquier ámbito de la salud y que más puede contribuir a desdramatizar esta etapa vital. Ese aspecto tan ligado a la Educación para la Salud podría ayudar a resolver muchos problemas que se asocian a la menopausia, y liberar de los tabúes y mitos que contribuyen a mantenerlos todavía.

En los diferentes sectores existe la necesidad de educar a las mujeres y población en general acerca del proceso de la menopausia, de manera que se encaren más positivos los síntomas que aparecen durante la menopausia y así prevenir la aparición de sintomatología depresiva, reactiva a las múltiples variantes que se relacionan con ésta.

En Matagalpa existe poca información para la mujer en dicho periodo e incluso su importancia social, sexual y reproductiva, no se ha invertido por los sistemas de salud recursos para la educación sanitaria de dicho problema.

Sirva el presente trabajo investigativo para dar a conocer los resultados al personal de enfermería, estudiantes de las diferentes carreras en el sector salud



en mejorar la atención en las mujeres en etapa menopausica y que sea manual de referencia para impulsar proyectos en beneficios de las mujeres que asisten al Centro de Salud Trinidad Guevara Narváez.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la educación Psicológica y de tratamiento que reciben las mujeres por el personal de enfermería en relación a su etapa menopausica en el centro de salud Trinidad Guevara, Matagalpa en el periodo Enero – Marzo 2005?



OBJETIVO GENERAL

Determinar la educación psicológica y tratamiento que reciben las pacientes por el personal de enfermería en relación a su etapa menopausica en el Centro de Salud Trinidad Guevara Narváez de Matagalpa en el periodo de Enero – Marzo del 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar demográficamente las pacientes en estudio.
2. Conocer la educación sobre el tratamiento que reciben las pacientes en estudio.
3. Valorar la educación sobre trastornos psicológicos que brindan el personal de enfermería en las pacientes en estudio.



MARCO TEORICO

Concepto de menopausia.

La menopausia es definida por la OMS (1998), como la cesación permanente de la menstruación a consecuencia de la pérdida de la actividad ovárica

Esta etapa biológica en la vida de la mujer suele afrontarse con un cierto temor y la ansiedad, debido a la información carente en la mayoría de los casos de base científica.

Hay que distinguir claramente la menopausia del climaterio, la menopausia solo es un signo si bien el más llamativo de este período en realidad es el término exclusivamente al último período menstrual de la mujer.

Las menstruaciones desaparecen como aparecieron en la menarquía de manera irregular y titubeando ésta corresponde a un proceso paulatino que ocurre porque los ovarios responden con mayor eficacia al estímulo de la HL (hormona luteinizante) FSH (hormona folículo estimulante) secretadas al torrente sanguíneo, pero los ovarios no responden produciendo estrógenos y progesterona y la ovulación comienza a ser errática .

A veces cuando no se produce ovulación hay períodos en los cuales no hay menstruaciones las oscilaciones en los niveles de estrógenos hacen que se produzcan la irregularidad en las menstruaciones. Las razones para que se den estos cambios y por lo consiguiente se produzca el retiro de la menstruación no están muy claras.

Algunos investigadores piensan que los vasos sanguíneos del ovario comienzan a deteriorarse haciendo el sistema de transporte menos eficiente, otros sugieren que el número de folículos primordiales decrecen y la formación del cuerpo lúteo es interrumpida dando como resultado una reacción en la producción de estrógeno y progesterona que suspende el correcto funcionamiento del ciclo menstrual.



En la vida productiva de una mujer los ciclos anovulatorios siempre se presentan pero van haciéndose cada vez más frecuentes a medida que transcurren los años, siendo de 3- 7% entre los 26-40 años y de 12-15% entre los 41-50 años.

La menopausia (también conocida como cambio de vida o climaterio) que ocurre normalmente entre los 40 y 55 años, es un evento natural en la vida de la mujer, en promedio la menopausia comienza casi a los 51 años.

Durante la menopausia cesa la ovulación o producción de óvulos eliminando la posibilidad del embarazo y la menstruación se hace menos frecuente y finalmente se detiene.

En algunas mujeres la actividad menstrual se detiene repentinamente pero por lo general va disminuyendo poco a poco en cantidad y duración, frecuentemente los períodos menstruales se hacen más seguidos o más espaciados, esta irregularidad puede durar unos dos o tres años antes que la menstruación cese por completo.

Los síntomas de la menopausia son causados por cambios en los niveles de estrógeno y progesterona, a medida que los ovarios se tornan menos funcionales producen menos estrógenos y progesterona y posteriormente el cuerpo reacciona a ellos.

Algunas mujeres experimentan pocos síntomas o ninguno mientras que otras experimentan varios que van desde leves a severos. Esta variación es normal de una disminución gradual de los niveles de estrógeno permite que el cuerpo se ajuste lentamente al cambio hormonal, pero en algunas mujeres se produce una disminución repentina del nivel de estrógeno causando síntomas severos lo cual este resultado se observa cuando la menopausia es causada por extirpación quirúrgica de los ovarios (menopausia quirúrgica).



CLASIFICACION DE LA MENOPAUSIA

MENOPAUSIA POR TERMINO: A los 50 años.

MENOPAUSIA PRECOZ: Antes de los 45 años.

MENOPAUSIA TARDIA: Después de los 55 años.

ETIOLOGIA: Puede ser natural-prematura y artificial.⁹

MENOPAUSIA NATURAL

Se produce como promedio a los 50 años a medida que los ovarios envejecen las respuestas a las gonadotropinas hipofisarias (hormonas folículo estimulante y luteinizante) disminuye y en secuencia los ovarios secretan de forma progresiva menos cantidad de estrógenos y progesterona y la ovulación se detiene.

Esta fase de transición en que se produce el declive de la actividad de los ovarios y las menstruaciones se van haciendo cada vez más irregulares se denomina climaterio y más recientemente peri menopausia, aunque en la mayoría de la gente la sigue denominando globalmente menopausia.

MENOPAUSIA PREMATURA

El primer cambio hormonal es la disminución de los niveles de progesterona, mientras que los niveles de estrógenos se mantienen estables y en algunas mujeres elevados como los niveles de estrógenos y progesterona, tienen que estar en balance si uno disminuye el otro se eleva y viceversa.

Se considera una menopausia prematura natural: si ocurre antes de los 40 años, pero también puede suceder una menopausia prematura inducida ya sea por radiaciones o enfermedad auto inmune, en que los ovarios se ven afectados, puede ocurrir también si los ovarios son extirpados quirúrgicamente por cáncer, tumores benignos o enfermedad inflamatoria pélvica, y es llamada menopausia

⁹ Internet, Monografía.com



quirúrgica .Esta tiende a producir síntomas mas severos por la interrupción brusca de la secreción de estrógenos, pero esto se puede controlar con la terapia de reemplazo hormonal.

MENOPAUSIA ARTIFICIAL

Se origina por intervenciones quirúrgicas como la ovariectomía por irradiación de la pelvis, incluyendo los ovarios u otros problemas médicos que les pueden afectar.⁹

¿COMO EMPIEZA LA MENOPAUSIA?

Tres a cinco años antes de la última menstruación los niveles hormonales comienzan a variar disminuyendo paulatinamente y en ocasiones elevándose causando períodos menstruales irregulares a veces con aumento del flujo menstrual.

Los períodos menstruales se acortan y a veces se alargan cuando se acerca la menopausia hay una disminución dramática de las hormonas sexuales especialmente del estrógeno. El estrógeno se produce principalmente en los ovarios desde la pubertad hasta la menopausia.⁷

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los tres síntomas más importantes son: Los sofocos, sequedad vaginal, dispareunia. Al margen de desaparición de la menstruación la menopausia puede pasar desapercibida o cursar con síntomas suaves, moderados o agudos.

⁹ Internet, Monografía.com

⁷ Colectivo de Mujeres, revista Matagalpa 1992 Estos Cambios Nuestros



SÍNTOMAS A CORTO PLAZO

1. **NEUROVEGETATIVOS:** Sofocos-Sudoraciones-Palpitaciones-Insomnio-Vértigo –Cefaleas.
2. **PSICOLÓGICOS:** Irritabilidad-Nerviosismo-Labilidad emocional-Estado depresivo-Disminución de la libido- Cansancio- Dificultad de concentración.

SÍNTOMAS A MEDIO PLAZO

1. Alteraciones de la piel y mucosas-Atrofia Urogenital-(sequedad vaginal) Trastornos urinarios.⁷

SÍNTOMAS A LARGO PLAZO

Osteoporosis-Enfermedades Cardiovasculares.

Además de estos síntomas posiblemente incómodos la menopausia puede tener efectos más graves a largo plazo tales como: Cambios adversos de los niveles de colesterol y de otros lípidos (grasa) en la sangre y niveles de fibrinógenos (sustancia que afecta la coagulación).⁹

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los sofocos debido a crisis vasomotoras y la sudoración secundaria a esta inestabilidad vasomotora afecta al 75% de las mujeres. Durante el acceso de calor la piel especialmente la cabeza y cuello se torna roja y caliente con sudoración intensa, la mayoría de las mujeres padecen esta crisis durante más de un año y el 25-50% más de cinco años.

Los síntomas psicológicos y emocionales de fatiga, irritabilidad, insomnio y nerviosismo que aparece también pueden estar relacionados con la disminución de estrógeno, así como el estrés causado por el envejecimiento y el cambio del papel social, la falta de sueño contribuye a la fatiga y la irritabilidad.

⁷ Colectivo de Mujeres, Revista Matagalpa 1992, Actualidad sobre Climaterio y Menopausia

⁹ Internet.



La cardiopatía y enfermedades cardiovasculares aparecen más frecuentes después de la menopausia debido a la disminución de estrógenos dando origen a mareos intermitentes parestesia, hormigueos, palpitaciones cardíacas y taquicardia.

Una mujer con menopausia prematura por extirpación de ovarios que no se somete a una terapia de reposición de estrógeno tiene doble posibilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares que una mujer premenopáusica de la misma edad.

Alteraciones genitourinarias: En ocasiones puede aparecer incontinencia urinaria, disminución de lubricación y elasticidad de la vagina, cuya sequedad puede ser dolorosas las relaciones sexuales, la piel disminuye su espesor y el nivel de colágeno cutáneo se hace más fino, sensible y seca con mayor tendencia a la aparición de arrugas y manchas en las manos y la cara.

La osteoporosis es el principal problema para la salud que puede originar la menopausia como su etimología griega indica hueso poroso. Consiste en la pérdida del contenido mineral (CALCIO) por lo que los huesos se hacen menos denso y más frágiles y hay peligro de fracturas, la mayor incidencia se da en las vértebras lo que provoca encorvamiento y dolor de espalda, el fémur o cadera y la muñeca.

Estas fracturas se pueden producir con traumatismo alguno, las mujeres con mayor riesgo son las delgadas, de raza blanca, fumadoras, que toman corticoides o las que tienen poca actividad física. Es común también que las pacientes refieran náuseas, flatulencia, estreñimiento, diarreas, artralgias y mialgias.⁷

EN QUE PERSONAS SE PRESENTA LA MENOPAUSIA

Es normal que suceda entre los 45-55 años y debe diferenciarse de simples faltas de regla Ej.: una mujer a la que se le extirpa el útero o matriz no tendrá menstruaciones pero si no se le ha extirpado los ovarios o se le ha conservado

⁷ Colectivo de Mujeres Revista Matagalpa 1992, Salud y sexualidad



aunque sea una pequeña parte de uno este producirá hormonas femeninas suficientes para que no se produzcan los síntomas de la menopausia.

DURACIÓN DE LA MENOPAUSIA

Se estima que puede durar entre diez y quince años, durante esta etapa la función ovárica y la producción de hormonas disminuyen y el cuerpo debe adaptarse a los cambios que se producen en el climaterio, se pueden distinguir varias fases:

PERIODOS O FASES DE LA MENOPAUSIA

1. PERIMENOPAUSIA

Es el período anterior a la menopausia.

Es un estudio extenso de documento que este período transición varia de 2-8 años.

2-PRE-MENOPAUSIA

Período comprendido desde dos a ocho años.

Previo a la menopausia o la última menstruación. Caracterizada por la irregularidad en la menstruación.

En ocasiones puede ser abundante después se van haciendo más escasas y distantes.

Las mujeres que tienen una vida sexual activa deben continuar los métodos de control de natalidad hasta estar seguras que la cesación ha sido definitiva, esto es que han pasado dos años sin menstruar.⁹

3- POST. MENOPAUSIA.

Es la época posterior a la menopausia (dos años posteriores) se caracteriza por Ausencia total de los sangrados menstruales.

Es un fenómeno universal pero la influencia de la sociedad en la que se vive hace que se pueda percibir de forma distinta

⁹ Internet, Monografía.com.



Así en las sociedades en que se valora la belleza y la juventud para algunas mujeres la menopausia puede presentar el final de su feminidad y el principio del envejecimiento.

4-CLIMATERIO.

Son los cambios que sufre el cuerpo durante este período. Esta es una etapa obligatoria en la mujer.

La menopausia es una situación fisiológica que afecta a todas las mujeres alrededor de los 50 años, siendo una situación natural frecuentemente comporta una serie de alteraciones acompañantes que pueden ser evitadas o aliviadas con un control médico adecuado.

Es una edad de riesgo en la que aumenta el índice de aparición de cáncer de mamas y aparecen en las complicaciones cardiovasculares y deterioro del suelo pélvico que deben vigiladas muy estrictamente.

DIAGNOSTICO

En pacientes jóvenes se debe descartar trastornos endocrinos como: enfermedad tiroidea o diabetes mellitus. Los pacientes con osteoporosis sintomática deben investigarse en busca de otras causas a parte de la menopausia. Ej.: Hiperparatiroidismo

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Se pueden utilizar exámenes de orina y de sangre para medir los niveles hormonales que pueden indicar si una mujer esta cerca de la menopausia o es posmenopáusica Ej. FSH y LH.

Un frotis de papanicolau puede indicar cambios en el revestimiento vaginal (mucosa) causados por cambios en los niveles de estrógenos) se puede realizar un examen de densidad o sea buscar niveles de baja densidad ósea que se ven en la osteoporosis.}



PRUEBA DE LA HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (HFE)

La prueba mide el nivel de esta hormona en sangre. Esta hormona se produce en la glándula pituitaria y controla la maduración de los óvulos en los ovarios, produciendo la ovulación. Los niveles de HFE aumentan cuando los óvulos de la mujer pierden su habilidad de funcionar y el cerebro detecta que ellos necesitan más hormonas para ser fertilizados, si los niveles de HFE se elevan es un signo de la mala habilidad del ovario de producir estrógeno.

Un nivel de HFE entre 10 y 12 es una señal de que el organismo esta cambiando y puede indicar peri menopausia sin embargo como en esa etapa los niveles suben y bajan de mes a mes, no es un indicador fiable de diagnóstico de menopausia los niveles de HFE también pueden variar si la mujer esta tomando anticonceptivos.

Un nivel de HFE mayor de 40 indica un estado de menopausia y que el organismo ya no produce estrógenos

PRUEBA SANGUINEA DE ESTROGENO

Algunas veces le pueden solicitar tomarse los niveles en sangre de estradiol y estriol. Las principales formas de estrógeno en el organismo, niveles bajo indican menopausia⁶.

DIAGNOSTICO DE LA DISPAURENIA

1. El topográfico: Según el momento del coito en que se presenta.
2. Etiológico: De acuerdo con las causas enumeradas anteriormente.

En cuanto al topográfico hay que interrogar en que momento se produce el dolor, si al iniciar la penetración (causas vulvares, uretrales, clitoridianas, dermatológicas) o en el de los movimientos sexuales (pélvicos o post coitales) urinarias, pélvicas.

La dificultad de la respuesta de excitación y la lubricación Pueden ser psicógena cuando factores como las preocupaciones, un auto concepto inadecuado, un sentimiento de disgusto con el compañero impiden la respuesta.

⁶ Colston Wentz Anne 1991 Onceava Edición México, tratado de Ginecología Novak Pág. 349-388



Puede ser orgánica, cuando se impide el normal abastecimiento de estrógenos, ya sea por una deficiencia ovárica por endocrinopatía, por afección congénita o adquirida bilateral del ovario por ooforectomía bilateral o por menopausia establecida, más aun si son separadas, viudas, solas.

Existen disfunciones sexuales asociadas al consumo del alcohol, tanto en hombres como en mujeres porque el alcoholismo tiene un efecto inhibitorio sobre los centros del placer del sistema libido que hacer reducir o anular el deseo sexual.

En mujeres diabéticas especialmente las tipos II, se ha encontrado que al compararlas con grupos de control que tienen menor deseo sexual, mayores dificultades para la lubricación vaginal, más frecuentes casos de dispareunias y menos satisfacción en los diferentes aspectos de su actividad sexual.

En mujeres diabéticas tipo I, no se encontró tanta diferencia.⁶

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

AMENORREA

Las olas de calor ocurre también en el hipertiroidismo, el feocromocitoma, el carcinoide, la diabetes, la TBC, hemorragia uterina anormal si ocurre en una frecuencia de 10 días o menos o si hay pintas entre menstruación. Se debe estudiar haciendo un curetaje completo o una biopsia de endometrio.²

FACTORES ASOCIADOS CON LA APARICIÓN DE LA MENOPAUSIA Y SUS COMPLICACIONES

EDAD MENARQUICA. (Primera menstruación)

GENETICOS (herencia)

ETNICOS (raza)

AMBIENTAL (clima)

⁶ Closton Wentz Anne 1991 Onceava Edición México Tratado de Ginecología Pág. 349-388.

² Botero Uribe Jaime Tomo II 1992 Cuarta Edición Menopausia y Climaterio Pág. 767-771



SOCIOCULTURAL (tabaco, droga, alcohol etc.)

PARIDAD (número de hijos)

USO DE ANTICONCEPTIVOS: (gestágenos orales)

CAMBIOS A NIVEL DEL SISTEMA REPRODUCTOR.

EDAD MENARQUICA

No se ha encontrado una clara relación entre la edad de aparición de la menarquía y de la Menopausia, aunque se ha pensado que aquellas mujeres que han tenido una menarquía más temprana, su menopausia será más tarde.¹¹

GENETICOS

Se relaciona con la herencia (madre e hija)

ETNICOS

Se relaciona con la raza, en mujeres negras se presenta más temprano.

AMBIENTAL

En los países cálidos la menopausia se presenta más tarde.

SOCIOCULTURALES

En mujeres fumadoras y que usan drogas y alcohol disminuye la fertilidad por que disminuye la producción de hormonas.

SOCIOECONOMICO

En países pobres se presenta más temprano.

En relación con el estado civil y la profesión se ha visto que las mujeres solteras que trabajan fuera del hogar presentan la aparición de la menopausia un poco más temprano.

PARIDAD

En las mujeres multíparas se presenta más tarde.

¹¹ Nader Mora Lucia Enciclopedia del Sexo y Educación Pág. 169-174.



USO DE ANTICONCEPTIVOS

Especialmente los gestágenos orales incrementan el riesgo de enfermedades del sistema circulatorio en especial las fumadoras ampliando las posibilidades de cuatro enfermedades como: trombo embolia venosa, cardiopatía isquémica incluyendo infartos, accidente vascular cerebral, hipertensión.⁷

CAMBIOS A NIVEL DE SISTEMA REPRODUCTOR

CAMBIO EN LA FUNCIÓN DE LOS OVARIOS

Durante toda la vida los ovarios producen varias hormonas: Estrógenos, Progestágeno y Andrógenos que influyen en el estado general de salud, la fortaleza de los huesos, la reproducción y la sexualidad.

Durante la menopausia cuando los ovarios ya no producen óvulos disminuye considerablemente la secreción de estrógeno y progesterona, sin embargo los ovarios ejercen una importante función y es la secreción de andrógenos que contribuyen al mantenimiento de la salud en general y a la capacidad sexual en particular.

Los estrógenos tienen acción específica sobre el organismo femenino, no solo procuran la menstruación, sino que también favorecen la proliferación, nutrición y crecimiento de los órganos sexuales y además relacionadas con la reproducción. Nutre los tejidos vaginales procurándoles PH ácido adecuado, la turgencia y la elasticidad de las paredes y la lubricación durante la excitación sexual.¹¹

A mitad del ciclo menstrual aumenta su producción a lo que se le atribuye que la mujer muestra una mayor tersura de la piel y mayor brillo del cabello y de los ojos, por lo cual se ha pensado que también intervenga en el deseo sexual aumentándolo.

⁷ Colectivo de Mujeres Revista Matagalpa 1992 Mi Cuerpo es Mío.

¹¹ Nader Mora Lucia Enciclopedia del Sexo Y educación Pág. 169-174



Sin embargo es bien sabido que estrógeno y deseo sexual no tienen una relación directa y proporcional.

Las experiencias en animales y las investigaciones del comportamiento sexual humano indican que el estrógeno definitivamente no es la hormona del deseo sexual femenino.

Antes bien, ya son conocidos los estudios que demuestran que el deseo sexual o por las tropinas esteroides, la actividad sexual regular puede afectar la fluctuación de los niveles de estrógenos circulantes durante la Perimenopausia. Los niveles bajos de estrógenos pueden resultar en oleadas de calor y descenso por la actividad e interés sexual.

Los epitelios vaginales y uretrales son muy sensibles a la falta de estrógenos. La vagina pierde su apariencia rugosa y se torna de color pálido transparente, los ligamentos de soporte y el tejido elástico de la vagina disminuyen su capacidad tensil y puede ocasionar un prolapso parcial o total de las estructuras pélvicas, varía también el soporte de la uretra, hay pérdida de tensión en la musculatura peri uretral que puede ocasionar en la mujer post menopáusica la incontinencia urinaria.

El nivel de acidez aumenta en los años post menopáusicos e incrementa las bacterias que son muy extrañas en las épocas anteriores.⁴

El útero sufre un proceso de atrofia, disminuye de 120 gr. 50 – 60 gr. en su peso y continúa descendiendo con el paso de los años.

Los ovarios varían progresivamente de tamaño hasta llegar a tener de uno a dos centímetros, hay ausencia de folículos primordiales y células germinales.

Las mamas pierden elasticidad y soporte, los pezones se hacen más pequeños y blandos y pierden su propiedad eréctil. No pierden la capacidad de lactancia por la vejez. En ciertas culturas las mujeres perimenopáusicas sirven de ama de crías.

⁴ Claudia Herrera Campos Psicóloga Universal Católica Colombia Enciclopedia del Sexo y Educación, Pág. 165-168



La pérdida de masa del tejido mamario es provocada por el descenso en la estimulación de los estrógenos, sin embargo como lo anotan Kolondy, Masteurs y Johnson (1981).

Al cesar la producción de estrógenos se generan una serie de cambios en el Sistema reproductor. En la vulva ha atrofia y pérdida del vello púbico, los labios mayores se aplanan debido a la disminución de la grasa y tienden a confundirse con los tejidos vecinos.

Los labios menores también disminuyen de tamaño y el introito vaginal se estrecha.

Los cambios en el sistema genitourinario al igual que en los demás sistemas, se establecen a un ritmo variable diferente en todas las mujeres.

Depende del nivel general de salud, sus hábitos y en general de su actitud, se ha encontrado una en especial importante: La frecuencia de actividad sexual coital en la desaceleración d este proceso.

CAMBIOS EN LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER

La función sexual tiene dos componentes pro creativo y placentero.

El primero concluye conforme se reduce la producción hormonal y cesa el ciclo menstrual. La segunda puede continuar presente durante toda la vida, si la mujer desea.

Sin embargo, hay una serie de cambios que se presentan en la respuesta sexual como resultado de las modificaciones ocasionadas por la disminución de estrógenos, en especial en el área genital.⁷

⁷ Colectivo de Mujeres 1992 Revista Matagalpa, La Menopausia Salud V, Mi Cuerpo es Mío.



DURANTE LAS TRES FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL ESTAN

1. DESEO:

Esta determinado básicamente, por dos factores: La presencia de andrógenos y el interés o disposición psicológica a las actividades sexuales en general y coitales en particular.

Aquellas que se sientan satisfechas consigo y con su pareja continuaran con una vida sexual activa y gratificante.

Afortunadamente las investigaciones han mostrado que el deseo sexual y la actividad sexual no cesan con los años.

2. EXCITACIÓN:

Al cesar la producción de su nutriente, el estrógeno se disminuye o pierde la capacidad de lubricación durante la excitación sexual. Se reduce o se elimina el aumento por vaso dilatación de las mamas, el rubor sexual es menos frecuente, disminuye la turgencia, elasticidad, humedad y el ph va siendo menos ácido. Todo esto conduce a la vaginitis senil, atrofia vaginal.⁴

La retracción vaginal y la infección son sus manifestaciones, cuyos síntomas serán la dispareunia y los flujos, la vulva también experimenta cambios, los labios se resecan y retraen y pierden turgencia y elasticidad.

La uretritis y la cistitis se hacen presentes con más frecuencia a edades avanzadas y a su vez son también causas de dispareunia intracoital.

Se ha demostrado que las mujeres posmenopáusicas desarrollan con mucha menor frecuencia la atrofia vaginal, lo que no sucede con las que están inactivas sexualmente.

⁴ Claudia Campos Herrera Psicóloga Universal Católica Colombia, Menopausia y Post Menopausia Pág.767-771.



3. ORGASMO

A medida que la mujer aumenta de edad el clímax se hace mas frecuente. Existe un factor de aprendizaje sexual que se relaciona con la altura. La mujer aprende a encontrar sus puntos de excitación y se desinhibe para señalárselos a su compañero.

Parece que las mujeres jóvenes no consiguen emanciparse de los factores que les producen inhibición en esta área y solo con la edad van aprendiendo a liberarse. Entre los factores inhibitorios que deben liberar las mujeres perimenopáusicas y post menopáusicas se incluyen: La tranquilidad de saberse terminada la época reproductiva, liberarse de anticonceptivos, siempre que estas mujeres entienden que sexo reproducción y sexo placer son parte de la misma función, pero finalmente pueden ser diferentes e independientes.

En estas mujeres concurren otros requisitos además de los factores personales como son: un buen y razonable estado de salud, un ambiente propicio y un compañero sexualmente activo, ambos con una idea amplia y satisfactoria de la vida y de sus relaciones interpersonales⁴

COMPLICACIONES

Las consecuencias más serias de la Menopausia que puede tardar décadas en ocurrir incluyen un aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular y osteoporosis.

ALTERACIONES CARDIOVASCULARES

Pérdida de estrógenos acerca el riesgo de padecer una cardiopatía isquémica, hay aumento de la tensión arterial. En general se aumenta el LDL (colesterol agresor o de baja intensidad) y disminuye el HDL (colesterol protector o de alta densidad)

⁴ Claudia campos Herrera Psicóloga Universal Católica Colombia Enciclopedia del Sexo y Educación, Pág. 165-168



durante la vida fértil la mujer está mejor protegida que los hombres, los estrógenos aumentan la fracción protectora del colesterol (HDL).

La menopausia y la disminución de estrógenos hacen que el riesgo de la enfermedad coronaria sea mayor, la cual es la segunda causa de muerte en nuestro país, después de la muerte por violencia.

El riesgo aumenta con la edad especialmente en las mujeres por el período de la menopausia por la disminución en la producción de estrógenos.

El estrógeno tiene un efecto protector en el corazón al disminuir los niveles de colesterol estimulando la circulación sanguínea coronaria y manteniéndola permeable.

El riesgo coronario en la mujer es mayor si ha tenido Menopausia prematura (antes de los 40 años) o inducida quirúrgicamente porque va a durar más años, sin el efecto protector coronario del estrógeno.

Generalmente el primer signo de enfermedad coronaria es el ataque cardíaco, por eso es importante valorar el riesgo coronario y si es alto, tomar las medidas para contrarrestarlo.⁹

OSTEOPOROSIS

Consiste en el descenso de la masa ósea esta disminución se da de manera brusca en mujeres que en los hombres.

Afecta una vida de cada de dos mujeres durante la vida las mujeres que tienen historia familiar de osteoporosis, menopausia temprana, antecedentes de fumadoras o de constitución menuda, tienen un riesgo mayor.

⁹ Internet Monografía.com



Las consecuencias más graves es la debilidad de los huesos aumentando el riesgo de fracturas.

Los factores de riesgo son severos como talla baja, delgadez, consumo de tóxicos, caféina, tabaco, alcohol. etc. menopausia precoz, nuliparidad sedentarismo.¹⁰

En las muñecas las pacientes tienen fracturas ante pequeñas caídas, estas fracturas pueden ser: de cubito, de radio. (Los dos huesos del antebrazo).La recuperación es lenta y por lo general no se recupera el 100% de la función del brazo.

La fractura de cadera es la más común en las mujeres que se encuentran en la menopausia y normalmente involucra el cuello del fémur

En EEUU es la primera causa de muerte en las mujeres en esta edad.

Su recuperación es lenta e involucra el uso de barandas para caminar y en ocasiones cirugías para la aplicación de prótesis artificiales.

Las fracturas de columna vertebral ocasionan la compresión de los huesos de la columna, esto ocasiona desviaciones de las curvaturas normales de la columna (joroba) y compresión de nervios (ciática) para esto no hay tratamiento, solo puede evitarse su progresión.

Estas son las fracturas más importantes pero no las únicas que se pueden presentar.

El tratamiento consiste en el tratamiento hormonal de la menopausia, complementos de calcio y ejercicio, aeróbicos, caminar.

LA ARTEROESCLEROSIS.

Es una de las principales causas de muerte en esta edad, de tal forma que las enfermedades cardiovasculares ocupan el 40%, las secundarias a enfermedades coronarias el 30% o las cerebro vasculares el 105, todas estas enfermedades

¹⁰ MINSA 1996 Manual de salud reproductiva, Pág. 193-202



relacionadas con la presencia de placas de ateroma a nivel de los vasos sanguíneos.

Hay otras manifestaciones de esta enfermedad como pueden ser la trombosis de brazos, piernas, cerebro etc.

Hay otras fracturas que pueden influir a que estas enfermedades se manifiesten de forma más rápida como son:

- Alteraciones en el metabolismo del colesterol.
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Dietas ricas en grasa, carbohidratos y sal.
- Vida sedentaria.
- Tabaquismo
- Obesidad.

El tratamiento consiste en la corrección de estas fracturas y en caso de que el metabolismo del colesterol sea inducido por la menopausia se podría dar tratamiento hormonal de reemplazo.¹⁰

PATOLOGÍA GINECOLOGICA

INFERTILIDAD-MENOPAUSIA

En las pacientes con sintomatología premenstrual moderada a severa se han comprobado problemas de infertilidad en más del 23%, esta suele ser rotulada como infertilidad sin causa aparente “ya que la disfunción uterina causante del síndrome premenstrual y desbalance de prostaglandinas no suele ser detectada con los parámetros de estudios habituales, lo que obviamente representa un serio problema para el especialista frente a la pareja frustrada es su legítima aspiración.

Como ya se ha señalado las prostaglandinas ejercen un importante efecto modulador de la actividad hormonal, mediante la potenciación o la inhibición de las acciones de las gonadotropinas y la prolactina.

¹⁰ MINSA 1996 Manual de Salud Reproductiva, Pág. 193-202.



De acuerdo a lo señalado, un desbalance o una síntesis anormal de prostaglandinas podría tener efectos negativos sobre la ovulación y otras funciones ginecoendocrinas explicando la fertilidad disminuida en mujeres con SPM severo.

El empleo de estas pacientes de métodos de fertilización asistida sin abordar la patología uterina crónica responsable del SPM, podría explicar el alto número de fracasos ya que pretender lograr el embarazo de término y un parto normal en un útero crónicamente inflamado. Además de difícil es potencialmente riesgoso.

Ello tiene su fundamento en que el útero enfermo dificulta el implante del huevo y su retención a través del período de desarrollo, con el consecuente riesgo del aborto espontáneo o parto prematuro.²

PROBLEMAS SEXUALES EN LA MENOPAUSIA

Estas faltas en la respuesta a la excitación, frecuentemente terminan en la Oligorgasmia o anorgasmia bien por falta de un ciclo de respuesta adecuada, bien porque a su vez es causa de dispareunia.

OTRAS ASOCIADAS A LA MENOPAUSIA

ANORGASMIA O DISPAREUNIA

La disminución de estrógenos produce la vaginitis senil o atrófica. Estas entidades son más frecuentes en la mujer menopáusica privada de actividad sexual, sin embargo mujeres con actividad sexual regular, más vulnerable por su idiosincrasia biológica a la deprivación estrogénica.⁵

Los buenos resultados de estrógeno terapia oral o local (crema vaginal) son evidentes a este respecto sino se trata de casos avanzados en los cuales la atrofia vaginal se reduce a un conducto mínimo.

² Jaime Botero Uribe Tomo II 1992 Cuarta Edición Menopausia y Post Menopausia, Pág.767-771

⁵ Cidhal 1987 Tercera Edición México Cuerpo de Mujer La Menopausia, Pág. 159-163



No hay dato suficiente para suponer que el espermatozoides tenga un efecto benéfico en mantener las condiciones de salud de la vagina de la mujer menopáusica.

CAUSAS DE DISPAREUNIA

La principal causa de dolor durante el coito es la ausencia o deficiencia en la lubricación, tanto en jóvenes como en Mujeres de edad. Esta dificultad se puede originar por factores psicológicos, orgánicos o por hábitos inadecuados.

Además, el vaginismo, alergias (contraceptivos, duchas, desodorantes); himeneales (himen rígido, carúnculas residuales fibróticas); intestinales (hemorroides, proctitis, constipación); obstétricas (post parto, cicatrices, episiotomías o desgarros, adherencias, metritis, parametritis etc.); pélvicas (enfermedades inflamatorias, tumores, endometriosis) urinarias (uretritis, cistitis, síndrome uretral, inestabilidad vesical. Valvulares (patología clitoridiana y otras: trauma, irradiación, endometriosis)²

DISFUNCIÓN UTERINA CRÓNICA, SUS EFECTOS SOBRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

El climaterio y la menopausia son fenómenos fisiológicos y por ello las mujeres sanas no suelen presentar trastornos significativos durante ese período de la vida. La historia clínica y el examen ginecológico minucioso, de ellos evidencias que no presentan patología ginecológica lo que generalmente suelen coincidir con la falta de antecedentes de molestias menstruales o premenstruales relevantes en su edad reproductiva.

Los estudios colpocitológicos y mediciones de estrógenos plasmáticos, que hemos efectuados en pacientes menopáusicas sin patología ginecológicas indican que sus ovarios pueden continuar durante muchos años con una actividad estrogénica normal o discretamente menor, por ello creemos muy importante señalar que no debe confundirse el cese de la actividad ovulatoria y menstrual necesariamente con una falla de la producción de estrógenos.

² Jaime Botero Uribe Cuarta Edición Tomo II 1992 Menopausia y Post menopausia.



Se ha observado que menos de un tercio de las mujeres posmenopáusicas pueden llegar a presentar osteoporosis y en su mayoría tienen antecedentes de trastornos premenstruales muy significativos.

De acuerdo a observaciones en mujeres con fenómenos inflamatorios uterinos o pélvicos, la acción de los mediadores inflamatorios liberados (prostaglandinas, tromboxanos) tendría un efecto perjudicial sobre el tejido óseo lo que sumado a sus conocidos efectos sobre la función renal podría traducirse en una mayor pérdida urinaria de calcio, magnesio, potasio y otros electrolitos.

Una producción anormal de mediadores de acción inflamatoria favorecería los fenómenos inflamatorios óseos y la osteoporosis explicando las poli artralgias (dolores articulares y eventualmente fracturas patológicas observadas en las pacientes más afectadas.)²

En las mujeres con fenómenos inflamatorios crónicos severos a nivel uterino o pelviano se suele detectar disminución de la desintometría ósea (medición de la densidad de los huesos). Varios años antes de llegar a la menopausia, esto sugiere la existencia de otros factores hasta ahora insuficientemente investigados que nos lleva a plantear que la desmineralización ósea no es coincidente ni se debe necesariamente aun déficit estrogénico como muchos piensan.

Se han efectuado estudios hormonales en pacientes perimenopáusicas y sin patología ginecológica evidenciando en su mayoría una actividad estrogénica normal.

Sin embargo, según la Dra. CLOTILDE VASQUEZ del servicio Endocrinología y nutrición del hospital Ramón Cajal de Madrid. Aunque la patogenia de la relación Menopausia-obesidad no se conoce por el momento con exactitud si está comprobada epidemiológicamente.

Además al ser los estrógenos hormonas termogénicas cuando disminuye la producción debido a la menopausia desciende la producción de calor y favorece el

² Jaime Botero Uribe, Cuarta Edición Tomo II 1992 Menopausia y Post Menopausia.



depósito de grasa a esta influencia directa de los estrógenos en la obesidad, se añade la propia disminución de masa muscular y aumento de grasa causados por el proceso de envejecimiento, que con lleva una relación del gasto energeticobasal (energía consumida por el cuerpo en reposo para mantener su propio funcionamiento).¹³

II TRATAMIENTO

MANEJO TERAPEUTICO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN PACIENTES CON MENOPAUSIA

TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

La administración de estrógenos se emplea con eficacia desde hace mucho tiempo, para el tratamiento de los síntomas climatéricos como los calores y sofocaciones. Sin embargo, en los últimos años se ha comprobado la eficacia de este tratamiento asociados a la menopausia, disminución de los problemas vaginales mejorando las relaciones sexuales, prevención de la pérdida del colágeno mejorando la textura de la piel, mejora de los síntomas psíquicos prevención a largo plazo de la pérdida de masa ósea, efecto protector de la enfermedad cardiovascular y disminución de la probabilidad de padecer enfermedad de Alzheimer.

Actualmente se considera que el THS deberá mantenerse prácticamente de por vida (como mínima durante 10 años) pues se sabe que los efectos preventivos sobre la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis desaparece pronto, una vez retirado el tratamiento. Existen diferentes vías de administración que podemos resumir así:⁶

VIA ORAL

¹³ Martha L. Palacio Villegas Psicóloga Universidad Javariana Enciclopedia del Sexo y Educación, Pág.175-178.

⁶ Colston Wentz Anne Onceava Edición 1991 Tratado de Ginecología Novak



Los estrógenos son destruidos en parte al atravesar la mucosa intestinal y por ello hay que administrar dosis mas elevadas, además tienen el inconveniente de paso por el hígado.

VIAS TRANSDÉRMICA (PARCHES)

Es un sistema de administración continua de hormonas que evita el paso por el hígado con el consiguiente buen perfil de tolerancia existen parches de estrógenos solos y a diferentes dosis y parches combinados de estrógenos y progesteronas.

Son cómodos de usar y poseen todas las ventajas sobre síntomas, aparato genito-urinario piel, hueso y sistemas cardiovasculares su principal inconveniente es la aparición de sangrados y que deben asociarse aun gestágeno (progesterona) si la mujer no esta histerectomizada. (si no se le extirpo el útero) o utilizar en estos casos parches combinados existen diferentes pautas terapéuticas para combinar la administración de estrógenos y progesteronas siendo la pauta continua una de las mas usadas debido a que en el alto porcentaje de casos evita el sangrado.

VIA PERCUTANEA

Consiste en la aplicación sobre la piel de un gel de estrógenos, también evita el paso por el hígado el uso resulta ser engorroso.

VIA VAGINAL

Gel, cremas de estrógenos cuyo efecto es exclusivamente local

PREPARADOS NO ESTEROIDES

Tibolona: Es una molécula con acción débil estrogénica y androgénica que resulta eficaz en el tratamiento de la sintomatología climatérica, reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular al mejorar el perfil lipídico y tiene efecto beneficioso sobre el hueso, una de sus principales ventajas son el no producir prácticamente sangrado uterino.

Raloxifeno: Es un modulador selectivo de los receptores de estrógenos con efecto estrogénico (beneficioso) sobre el metabolismo del hueso y los lípidos, tiene un



efecto antiestrogénico sobre el endometrio (ausencia de sangrado) y sobre el tejido mamario (protector sobre el cáncer de mamas) no tiene efecto sobre los calores ni las sudoraciones.

Fitoestrógenos: Se comportan como estrógenos débiles, actuando beneficiosamente sobre el esqueleto, sistema cardiovascular y sistema nervioso central. También mejoran las sofocaciones y sequedad vaginal, son una opción a tener en cuenta para mujeres que no deben o no desean utilizar estrógenos.

Los fitoestrógenos se encuentran en forma natural en la soya y en general en todos los cereales, legumbres, verduras, frutas y semillas existen preparados comerciales que tienen la ventaja de aportar las dosis exactas recomendadas.

Bifosfonatos: Alendronato, Risendronato y Etidronato, son sustancias que impiden la pérdida de hueso al inhibir la resorción o sea siendo muy eficaces exclusivamente en la prevención de fracturas.

Hay cientos de artículos publicados que anotan diferentes modalidades de tratamiento para ayudar a la mujer en la peri menopausia y menopausia a tener una transición natural. El soporte se da con cambios en la dieta.

La terapia sustitutiva estrogénica parece tener propiedades antidepresivas según estudios de diferentes actores y se ha confirmado como efectiva en la mejora del estado de ánimo durante la peri menopausia y después de la menopausia quirúrgica. Así mismo, se ha sugerido la utilización de hormonoterapia estrogénica en la menopausia acompañadas de síntomas vasomotores, los progestágenos y los andrógenos también han sido utilizados si bien no ha sido suficientemente documentado su resultado.



TRATAMIENTO MEDICO EN LA MENOPAUSIA:

A.- El tratamiento hormonal de la menopausia se está utilizando mucho en la actualidad se llama terapia sustitutiva con estrógenos o terapia hormonal sustitutiva (THS)

La teoría más sencilla que respalde el tratamiento con estrógenos es que la administración de pequeñas dosis ayuda a compensar los altibajos que se crean a lo largo del periodo de transición hormonal. Este tratamiento funciona para quitar sofoco, para sequedad vaginal y puede ayudar a detener la descalcificación de los huesos en algunos casos.

En general el tratamiento con estrógenos se utiliza cuando la molestia de la menopausia incapacita a la mujer para llevar una vida satisfactoria teniendo siempre presente que este tratamiento hay que hacerlo con prudencia y con la supervisión continua del ginecólogo.

El esquema de tratamiento es indicado por el médico especialista quien recomendaría el plan de seguimiento.

B.- La fitoterapia con soya se utiliza como alternativa a la terapia hormonal sustitutiva. Los efectos beneficiosos de los Fitoestrógenos de la soya son:

Efectos positivos sobre la frecuencia e intensidad de las sofocaciones actualmente se están estudiando la posibilidad de reducción de los niveles de colesterol y de su eficacia en el mantenimiento de la densidad de la masa ósea.

TRATAMIENTO BOTÁNICO DE LA MENOPAUSIA

Algunas mujeres con inquietud acerca del reemplazo de la terapia hormonal convencional se han vuelto a los remedios que no quieren receta médica como son los Fitoestrógenos y otros productos botánicos para aliviar los síntomas de la menopausia.



Los Fitoestrógenos son sustancias débiles parecidas al estrógeno que se encuentran en alimentos como los productos de soya cereales de grano integral semillas y ciertos frutos y verduras. Estos pueden obtenerse también en forma de tableta de soya. Algunas mujeres han probado también otros tratamientos botánicos, hierbas y algunos productos alimenticios como las batatas silvestres, o camotes mexicanos para aliviar los síntomas de la menopausia.

En American college of obtetricians and gynecologists (acog) sugieren que el uso a corto plazo de los fitoestrogenos en la soya pueden ser útiles para aliviar los sofocos del calor y los sudores nocturnos. Aunque la soya no es perjudicial en cantidades dietéticas el ACOG encontró que grandes cantidades de suplementos de soya pueden ser dañinos para la mujeres, especialmente para las que tienen historias de cáncer independientes de estrógenos. Los investigadores están estudiando si los fitometrogenos afectan el riesgo de cáncer en la mujer.

Aunque algunos remedios de hierbas pueden ayudar a aliviar los síntomas de la menopausia se ha mostrado que otros no son efectivos. Además ya que muchos productos botánicos no están bajo reglamento el contenido del producto, la calidad y eficacia pueden ser inciertas, se necesita mas investigación para determinar la efectividad y la seguridad de los tratamientos herbarios y para conocer cualquier interacción peligrosa que estosa tratamientos pudieran tener con otros fármacos que tome la mujer, para tomar una decisión informada sobre el uso de los Fitoestrógenos sobre otros tratamientos botánicos y sobre la terapia de reemplazo hormonal, las mujeres deben hablar con su médico.

PLANTAS UTILIZADAS

Salvia, melisa: para control de Sofocos

Hamamelis, boldo, cola de caballo: para control de congestión en bajo vientre

Grosellero negro, meliloto, espinos blanco: para el control de Problemas circulatorios



Melisa, espino blanco: para el control del Nerviosismo

Tratamiento local con vitamina en ampolla y en crema de caléndulas: para el control Problemas de elasticidad vaginal: Las plantas anteriores se pueden tomar en forma de tintura madre, son maceraciones de la planta en alcohol u otro liquido.

9

SALVIA: Útil en convalecencia, asma, afecciones nerviosas, sudoración, reglas insuficientes o dolorosas, menopausia con sofocos y sudores nocturnos, esterilidad, preparación del parto, tintura madre 40 gotas dos veces al día.

MELISA: en dolores de cabeza, neuralgias, crisis nerviosas, perdida de la memoria melancolía, indigestión y cólicos .tintura madre 40 gotas dos veces al día

ESPINO BLANCO: en palpitaciones, arritmias, angina de pecho, tensión alta, bochorno congestivo, insomnio, angustia, vértigo, zumbido de oído: tintura madre 20 a 60 gotas por día.

HAMAMELIS: en afecciones venosas, varices, hemorroides, flebitis, úlceras en las pierdas, congestión de bajo vientre, hemorragias, menopausia, picor corporal, o genital: tintura madre 20 gotas 3 veces al día.

BOLDO: congestión, insuficiencia hepática, cálculo vesical, infecciones urinarias, insomnio, tintura madre 20 a 100 gotas antes de las comidas.

COLA DE CABALLO: remineralizante, diurético, cicatrizantes, cistitis, albuminurias, hemorragias de la menopausia, desmineralización, fracturas, y osteoporosis: tintura madre 20 a 50 gotas dos veces al día.

GROSELLERO NEGRO: en reuma, artritis, migraña, trastornos de la menopausia y alergia.

⁹ Internet Monografía.com



MELILOTO: en insomnio, nerviosismo, melancolía, tos, afecciones urinarias, trastornos de la menopausia, flebitis, exceso de sangrado, en uso externo, para problemas oculares, tintura madre: 45 a 90 gotas por día.

La forma de usar las plantas será tomando aquellas mas indicadas para cada caso pueden mezclarse al tomarlas.

Merece un apartado especial la soya es un alimento rico en estrógenos naturales muy usados en oriente, motivo por el cual las mujeres ahí no padecen problemas en este período de la vida, se puede tomar guisada como cualquier legumbre en forma de queso, carne vegetal.⁹

En caso de depresiones clínicamente severas se ha de utilizar medicación antidepresiva unida o no a hormonoterapia. No es novedad que la terapia de reemplazo hormonal no se adecua al perfil de mujeres grandes por que un organismo como el NIH realizo el estudio dividiendo en dos grupos, algunas mujeres recibieran dosis orales de 0.625mg diarios de estrógenos mas 25 mg de acetato de medroxiprogesterona, una combinación hormonal el otro grupo tomo placebo.

El trabajo iniciado hace unos siete años mostró ahora que había un aumento de las demencias y que el tratamiento no evitaba el deterioro cognitivo leve.

MENOPAUSIA Y LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

Existen formas naturales y alternativas para modificar las molestias que durante la etapa del climaterio aquejan a un alto porcentaje de mujeres de todas las latitudes.

Tanto la medicina convencional como las medicinas alternativas y complementarias apuntan a un mismo objetivo que es eliminar las molestias más frecuentes y al mismo tiempo lograr un óptimo estado de salud.

⁹ Internet Monografía.com



Como meta primordial las medicinas alternativas ponen el acento en fortalecer el organismo de la mujer sosteniendo lo mejor posible su balance hormonal natural eliminando los síntomas que afectan su vida cotidiana (bochornos, crisis de sudoración nocturna, palpitaciones y nerviosismo etc.) y manteniendo armonizado su equilibrio mineral y vitamínico.

Cuando éste se logra es frecuente que la mujer disminuya la dosis de medicación hormonal de reemplazo y en muchos casos es posible que llegue a no necesitarla.

Se conocen desde hace mucho tiempo una serie de plantas que tienen efectos similares a los de los estrógenos y progesterona humana, pero hay que recordar que alguno de sus componentes puede acarrear complicaciones en ciertas enfermedades y por eso pueden traer consecuencias negativas en la salud. Algunos medicamentos vegetales son variedades geográficas de una misma planta y sus efectos no son exactamente iguales en el organismo, dado que ciertos vegetales tienen más efectos progesterónicos que estrogénicos es imprescindible hacerse revisar por un profesional especializado para evitar un uso indebido de los mismos .¹¹

Investigadores de distintos países especulan que las partes fibrosas de las plantas podrían actuar absorbiendo el exceso de estrógenos del organismo ayudando así su eliminación de la misma manera las hierbas con efecto senil-estrógenos aumentarían el nivel de éstos al captarlos en los tejidos y disminuir su eliminación.

Se están utilizando las llamadas cremas de progesterona natural (NPC) que tienen componentes activos de ciertas plantas que resultan de gran utilidad para reemplazar la terapia hormonal sustitutiva y logran hacer desaparecer muchos de los síntomas molestos de la menopausia, pues atraviesan la piel y se incorporan al cuerpo donde más se les necesita.

¹¹ Lucia Nader Mora Enciclopedia del Sexo y Educación, Terapia de Reemplazo Hormonal Pág. 169-174



TRATAMIENTO PARA PREVENIR LA OSTEOPOROSIS

Alfalfa- Diente de león- fucus vesiculosa (alga) sinfito o consuelda-avena-

Estas hierbas medicinales suelen ingerirse por cocción o a manera de tisanas, solas o combinadas en proporciones balanceada. Recordar siempre que algunos de ellas puedan llegar a manifestarse de manera indeseable si no se les dosifica de manera adecuada.

A raíz de que las molestias que acompañan la menopausia constituyen un verdadero síndrome (conjunto de síntomas) algunas de las hierbas mencionadas actúan bien en algunos de ellos pero carecen de efecto en los demás. Por ello es tan necesario hacerse asesorar debidamente para obtener el mejor de los resultados en la mayoría de los casos las mejorías se concretan en un periodo que oscila entre las tres y las seis semanas de haber iniciado el tratamiento.¹¹

TERAPIA FLORAL DE BACH DURANTE LA CRISIS MENOPAUSICA

Estos remedios son muy utilizados en aquellas ocasiones en que los síntomas predominantes tienen que ver con la alteración del equilibrio emocional con resultados satisfactorios logrado de una manera relativamente rápida.

Algunos remedios florales de Bach que suelen utilizarse en estas condiciones son
MUSTARD: para aliviar la depresión rebelde.

SCLERANTUS: para los bruscos cambios de carácter.

OLIVE O HORNBEAM: para la fatiga nerviosa.

MIMULUS: para el temor al envejecimiento.

STAR OF BETLEHEM: para la depresión que se siente al dejar atrás la juventud.

La dosis y las combinaciones adecuadas corresponden al criterio del profesional tratante.

¹¹ Lucia Nader Mora Enciclopedia del Sexo y Educación Terapia de Reemplazo Hormonal



Por último no olvidar jamás que estamos hablando todo el tiempo acerca de verdaderos medicamentos con propiedades medicinales comprobadas y con efectos en mayor o menor grado energético, no se debe recurrir jamás a la automedicación, hacerlo es arriesgarse a sufrir efectos secundarios que se pueden fácilmente evitar.

TERAPIA DE SUSTITUCIÓN

El uso de hormonas para tratar los síntomas a pasado por período de confusión, infortunadamente muchos médicos la prescriben por rutina sin hacer una evaluación precisa de costo y beneficio. Se ha sugerido por parte de algunos ginecólogos que una vez se instala la menopausia a todas las mujeres se les debería poner en estrógeno terapia.

Para otros esta formula ha sido considerada como excesiva mas aun si se tiene en cuenta que si todo el globo de mujeres menopáusicas recibieran estrógeno terapia los costos serían elevados y se originaría un problema de economía nacional.¹⁰

Por otra parte no se podrían hacer una administración indiscriminada puesto que para ello se requiere de un examen ginecológico previo lo cual aumenta aun más los costos si no se efectúa este control, se encuentran contraindicaciones absolutas o relativa para la estrógeno terapia que deben ser tenidas en cuenta por tanto hasta ahora, predomina la escuela cuya tendencia es administrar estrógenos ala mujeres menopáusica que por razón de manifestaciones genitales o extragenitales lo justifiquen.

Los síntomas urinarios en especial la uretritis, cistitis crónica o recidivante que no encuentran en el examen urológico causas especificas urógenas que deben tener un intento de estrógeno terapia asociadas a los tratamientos específicos urológicos en la mujer menopáusica .se ha dicho que la estrógeno terapia previene el infarto del miocardio y las enfermedades cardiovasculares al parecer porque aumenta las lipoproteínas de alta densidad y controla los niveles de los neurotransmisores adrenérgicos, retarda la aterogénesis.

¹⁰ MINSA 1996 Manual de Salud Reproductiva



Mejorando la perfusión sanguínea es interesante tener en cuenta para una posible estrógeno terapia asociadas en pacientes menopáusicas con cardiopatías sin embargo, en este punto parece no existir acuerdos puesto que al mismo tiempo se señalan como efectos colaterales de los estrógenos, la hiperlipidemia, la enfermedad trombo embólica, la hipertensión y las afecciones del tracto biliar, algunos autores son enfáticos en recomendar la estrógeno terapia sistemática en mujeres con ooforectomía bilateral o extirpación de los ovarios (menopausia precoz) y aun en la que tienen tendencia a presentar trastornos vasculares.

TRATAMIENTO DEL CLIMATERIO

Esta etapa maravillosa de la vida es el inicio de una nueva vida pero también el inicio de manifestaciones evidentes y complicaciones silenciosas, el objetivo del médico será mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes y permitir que la mujer continúe viviendo confortablemente manteniendo un balance tanto fisiológico como psicológico en el manejo de los aspectos cotidianos de su vida.

Lo más importante en el tratamiento del climaterio es evaluar si los beneficios de la terapia de reemplazo hormonal superan a los posibles riesgos, decisión que la paciente debe tomar.

EL TRATAMIENTO DEL CLIMATERIO ES INTEGRAL

ESTILO DE VIDA: En el los ejercicios aunque sea tres o cuatro veces ala semana, de preferencia caminatas, pesas, etc.

NUTRICION: Que esta sea balanceada y rica en fibras y vitaminas para evitar el sobre peso que tanto daña alas pacientes.



MEDICACIÓN NO HORMONAL:

El manejo no estrogénico de las pacientes consta de muchas facetas como el Veralipride que disminuye los bochornos en un 50% de los casos igual que el Naproxen en el mismo porcentaje.

La relajación muscular mas respiración profunda disminuye la frecuencia de los bochornos en un 50% de los casos. La medicina de kampo (hierbas chinas) mejoró significativamente a las mujeres japonesas aunque en occidente se desconoce el modo de seleccionar a estas pacientes.¹¹

LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

Este es el pivote del tratamiento de nuestras pacientes y deberá utilizarse de acuerdo al período del climaterio en que se encuentra la mujer.⁶

1-PERIODO PREMENOPÁUSICO

En este período comprende a mujeres de menos de 45 años y que generalmente tienen ciclos regulares y pueden ser fértiles, se decide tomar hormonas para fines anticonceptivos estos deben ser combinados y a bajas dosis hasta que la mujer deje de ser fértil y se continuará con terapia hormonal, si la paciente tiene salpingoclasia o la fertilidad no es problema, entonces deberá usar la terapia de reemplazo hormonal combinada y discontinuar. (Estrógeno y progestágeno) 21 días del ciclo con 7 días de descanso.

2- SI LA MUJER ESTA EN LA PERIMENOPAUSIA (45 – 55 AÑOS)

Tiene ciclos irregulares y los síntomas climatéricos se pueden usar varios esquemas, pero los más utilizados son:

¹¹ Lucia Nader Mora Enciclopedia del Sexo y Educación Terapia de Reemplazo Hormonal

⁶ Closton Wentz Anne Onceava Edición 1991 México Tratado de Ginecología Novak



A.- Estrógeno más progestágeno en forma secuencial.

B.- Estrógeno más progestágeno en forma combinada.

C.- Si la mujer está en el período post climatérico o sea 2 años después de la menopausia, lo ideal es usar terapia de reemplazo hormonal combinada continua.

O sea, estrógeno más progestágeno continuo, con el fin de no tener menstruaciones, hay que aclarar que las pacientes sin útero solo deberán usar estrógeno, sin interrupción desde el momento de la cirugía. Existen otras alternativas de tratamiento para las pacientes que no deseen o puedan usar estrógenos que son los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos u otros medicamentos, pero que hay que individualizar los casos para una terapia diferente.

Además de la terapia de reemplazo hormonal, el tratamiento debe ser integral, dieta, ejercicio y asesoría familiar para mejorar la calidad de vida de la paciente que es el objetivo como personal de salud.

La forma de administración de los estrógeno, puede ser por varias vías (oral, transdérmica, cremas, lociones y óvulos), pero en nuestra experiencias los más utilizados son los orales.

Es muy importante agregar al tratamiento estrógeno por vía vaginal para evitar los problemas urogenitales que tanto problemas urogenitales que tanto problemas causan, el calcio requerido para las pacientes es de 1 gr. al día, se puede prescribir 500 Mg. en cualquier forma y el resto mediante la dieta.

La mujer debe recibir la cantidad necesaria de estrógeno para que los niveles de éstos en la sangre estén entre 40 y 100 pico gramos por ml y proteger al cuerpo contra la osteoporosis y enfermedades cardiovasculares. Las principales causas de deserción de terapia hormonal son los episodios de sangrados y el miedo a desarrollar cáncer.



En conclusión, todas las mujeres deberán ser tratadas en el climaterio, usando la terapia integral más apropiada para ellas

RIESGO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

Los riesgos del tratamiento varían de acuerdo al tiempo del mismo.

A corto plazo (menos de 5 años) hay dos riesgos a considerar: tromboembólicos y la enfermedad vesicular los primeros pueden aparecer dentro del primero a segundo año de iniciada la terapia, esto no se evita con el raloxifeno. Se ha observado que las mujeres que se encuentran bajo TRH tienen dos veces aumentado el riesgo de padecer enfermedad vesicular y que este aumenta con el tiempo de utilización y la dosis.

CANCER DE MAMAS:

La mayoría de los estudios no ha demostrado un aumento del riesgo para el desarrollo de cáncer mamario con el uso de estrógenos durante un tiempo menor de 5 años. En el tratamiento a largo plazo, el cáncer de mamas es motivo de consideración ya que se ha demostrado que después de 10 años de TRH el riesgo de padecerlo aumenta en un 30 a 50%, el raloxifeno no tiene efecto negativo sobre esta patología.

CANCER DE ENDOMETRIO

En las mujeres con útero está bien demostrado el riesgo de esta enfermedad con el uso de estrógeno, situación que decrece con la combinación de progestina en el tratamiento.

El uso de raloxifeno no está asociado con cáncer de endometrio, de esta descripción se desprende que el uso de uno u otro agente en el tratamiento de reemplazo hormonal depende de cada paciente en particular basados en sus antecedentes familiares y personales para las distintas patologías malignas y benignas así como los síntomas que la agregan y los objetivos del tratamiento a utilizar.



ATENCIÓN EN SALUD Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDA A LAS MUJERES CON MENOPAUSIA

MEDIDAS PREVENTIVAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La menopausia es etapa esperada y natural del desarrollo de una mujer y no necesita prevenirse sin embargo hay formas médicas y no médicas para reducir o eliminar algunos síntomas que la acompañan.⁶

Algunas personas creen que es natural hacer menos ejercicios a medida que envejecen, pero esto es un gran error se ha sugerido que la necesidad de ejercicio en realidad aumenta con la edad opinan algunos autores que además de ser regular debería realizarse con una prioridad no menor de 3 a 5 veces por semana.

Resumiendo una forma de prevenir la osteoporosis es educar a la población a realizar ejercicios desde la juventud, ejercicios vigorosos esforzados. Los hábitos, el uso abusivo del alcohol o cigarrillos también son considerados como factor de riesgo de osteoporosis, el tabaquismo intensifica la acidosis estimulando la acción osteoclastica a reducir la producción endógena de estrógenos.

También se sugiere ser moderado con el uso de bebidas cafeinadas (te, café, etc) Pues una alta ingesta podría comprometer la manutención ósea, o sea del mismo modo que el uso abusivo del alcohol.

FACTORES NUTRICIONALES: El metabolismo del calcio en la etiología patógena y tratamiento de la osteoporosis está en el centro según la edad, el cuerpo debe recibir diariamente entre 700 y 1000 miligramo de calorías con los alimentos para compensar la pérdida diaria, el 75% de la recepción de calcio en el ser humano se cubre con productos lácteos el resto proviene de verduras, frutas y cereales, un litro de leche o cien gr. De queso contiene la dosis diaria necesaria de 1000 mg de calcio.

⁶ Colston Wentz Anne Onceava Edición 1991 México Tratado de Ginecología Novak



Por otro lado la vitamina D estimula la absorción del calcio en el intestino, además de estimular los osteoblastos para la formación ósea del hueso, la vitamina D se sintetiza bajo la influencia de la luz solar.

CUIDADOS PARA DISMINUIR LOS SINTOMAS DE LA MENOPAUSIA

PARA DISMINUIR LOS SOFOCOS Y CALORES

- No abrigarse demasiado
- Bajar la Calefacción
- Utilizar Ropa de Algodón
- Utilizar el abanico
- Reemplazar el café, te, bebidas de cola por jugos naturales. No fumar ni tomar bebidas alcohólicas. Aprender a relajarse, hacer ejercicios físicos.
- Tomar abundantes líquidos.

PARA DISMINUIR LA SEQUEDAD VAGINAL

Realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica, cuando estén vaciando la vejiga tratar de cortar el flujo de orina durante unos pocos segundos.

PREVENIR LAS ALTERACIONES PSICOLOGICAS

- Disponer más tiempo para la pareja
- Enseñarle como superar las perdidas (Fertilidad, Perdida de roles, abandono de la casa por los hijos, perdida de padres, familiares y amigos) El fomento de las relaciones sociales (Amigos, grupos de mujeres, asociaciones) para evitar el aislamiento de la sociedad. Derivar la salud mental si observamos algunas patologías como ansiedad, estrés.²

PARA PREVENIR CANCER GINECOLOGICO

Realizar autoexploraciones mamarias.

Examen clínico anual.

Mamografía cada dos años.

Citología Cérvico vaginal cada año.

² Jaime Botero Uribe. Cuarta Edición Tomo II 1992. Menopausia y Post Menopausia



PREVENIR ALTERACIONES CARDIVASCULARES:

Dieta pobre en grasa, rica en aceite de oliva que ayuda a regular el colesterol, dietas saludables ricas en frutas y verduras.

Control de la tensión arterial para descartar hipertensión, ejercicios físicos.

Terapia de sustitución hormonal.⁶

DIETA EN LA ETAPA DE LA MENOPAUSIA

Los ovarios no son materia inerte después de la menopausia, además el cuerpo de la mujer está diseñado para producir estrógenos, progesterona y testosterona, en otros sitios “auxiliares “.

Estudios clínicos han demostrado que los estrógenos, progesterona y andrógenos pueden ser producidos en el tejido graso, cerebro y las glándulas adrenales, la cantidad de hormonas producidas es particular en cada mujer y depende del estrés, nutrición y estilo de vida.

La alimentación será rica en proteínas , vegetales , minerales , vitaminas, cereales integrales legumbres, frutas crudas, aceites vegetales, evitar productos como el café alcohol azúcar, pero son responsables de las bajadas de azúcar en la que una mujer se puede sentir con agotamiento y fatiga crónica, que se produce por un efecto de rebote ya que el páncreas llega a agotarse, pues es el órgano encargado de regular los niveles de sangre de la glucosa además esta sustancia junto al tabaco favorecen la osteoporosis.

Una adecuada nutrición con los alimentos mencionados bastan para el cubrimiento de las necesidades de vitamina E ya que estos nutrientes desempeñan un papel importante en la prevención de osteoporosis, esta podrá ser alcanzada asegurando que los adolescentes y adultos jóvenes tengan una ingesta adecuada de calcio para la construcción de masas ósea lo cual llega a su punto máximo alrededor de los 30 años.

⁶ Colston Wentz Anne Onceava Edición 1991 México Tratado de Ginecología Novak



Así mismo continuar una dieta adecuada y una regular actividad física son factores que ayudan al sustento de una masa ósea normal a pesar que la absorción de calcio disminuye con la edad.

Es importante recordar que la menopausia es solo el fin de la capacidad reproductiva de la mujer pero el cuerpo no ha perdido ninguna de sus posibilidades de sentir y vivir.¹³

RECOMENDACIONES GENERALES Y CONSEJOS CASEROS

La educación relativa a los cambios psicológicos y una gran perspectiva llena de posibilidades puede constituir una gran diferencia en el manejo de la tensión que trae consigo la menopausia, al igual que los cambios en la vida. La investigación ha demostrado que un tercio de la vida de la mujer contemporánea transcurre después de la menopausia. Así que debe considerarla como un paso adelante en la vida y debe cambiar positivamente. Vuelva a la escuela, encuentre una nueva afición; cámbiese de carrera. Hágase cargo de su propia salud.

Encuentre apoyo. Los grupos de apoyo ofrecen estímulo en el sentido que la menopausia es un ciclo natural. Los miembros de esos grupos pueden ofrecer técnicas prácticas que han descubierto por sí mismas para hacerle frente a la menopausia, así como brindar apoyo fraternal a las recién llegadas.

Haga ejercicios a diario. Caminar, trotar, andar en bicicleta, saltar la cuerda, bailar, nadar o cualquier otro ejercicio diario puede aliviar mucho los síntomas de la menopausia. El ejercicio puede ayudar a disminuir o impedir síntomas tales como: los accesos repentinos de calor (bochorno) y sudación nocturna, depresión y otros problemas emocionales, al igual que los problemas vaginales. Desde luego la mejor condición física es el más obvio resultado del ejercicio; pero éste también mejora la salud psicológica.⁹

¹³ Martha Lucia Palacio Villegas Psicóloga Enciclopedia del Sexo y la Educación

⁹ Internet, Monografía.com.



La actitud positiva puede ser una herramienta diaria eficaz para combatir los bochornos; cuando sienta que se aproxima uno, recuerde algunas cosas: una que los bochornos son normales, otra que no duran mucho, por último, que usted puede hacer algo al respecto.

Aprenda a relajarse, las mujeres que pueden hacerlo podrán lograr mejor control. Aprenda a meditar o hacer yoga; o simplemente siéntese tranquila con los ojos cerrados, diariamente durante un rato, para relajarse.

Determine qué da lugar a los bochornos en usted, y luego evite dichos desencadenadores. En algunas mujeres son alteraciones emocionales; otras inician sus bochornos con algún alimento caliente o muy condimentado, una habitación caldeada o una cama caliente.

Consérvese sexy. Las mujeres que pasan por la menopausia y siguen practicando la unión sexual regularmente, tienen menos o ningún bochorno comparadas con las que tienen relaciones sexuales esporádicamente. Los altos niveles de estrógeno ayudan a mantener un interés sano en el sexo y la actividad sexual regular estimula indirectamente los ovarios que comienzan a menguar, lo que a su vez ayudan a moderar el sistema hormonal e impide variaciones extremas en el nivel de estrógeno.

Lubríquese. La resequedad vaginal por falta de estrógeno disminuye el interés en el coito durante la menopausia.

Hable con su compañero, parte del estímulo a la libido proviene de conversaciones honestas acerca de necesidades y sensaciones.

Las parejas pueden tratar de encontrar nuevas posiciones para la unión sexual buscando la que le sea más cómoda. Las caricias pueden ser especialmente importantes en estas ocasiones; más abrazos y masajes mutuos para lograr más proximidad y placer sensual.



Practique los ejercicios de Kegel. Usted puede fortalecer sus músculos anales, vaginales y urinarios con estos ejercicios. Los músculos más vigorosos pueden ayudarlo a relajarse y a emplearlos con menos dolor y más placer durante el coito.

También son buenos para impedir la incontinencia urinaria. Imagine que quiere interrumpir su flujo de orina repentinamente. Oprima firmemente los músculos de su zona vaginal. Retenga la orina mientras cuenta hasta tres, luego relájese.

Practique con rápida alternación entre aflojar y apretar. Usted puede practicar éste ejercicio en donde quiera, cuando quiera.⁹

PSICOLOGÍA DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA.

Actualmente este tema en países desarrollados constituye un problema de salud cuya importancia se la han dado más orgánica que psicológica y es justamente al revés, pues los cambios hormonales se gestan paulatinamente y el predominio de otras hormonas no progestagenas tales como las descargas adrenergicas suprarrenales y la sensibilidad de los receptores celulares a los progestagenos no da hipersensibilidad a otras a tal punto que si la mujer hace catarsis en el ejercicio físico en la concentración física mental tales como el yoga o doctrinas que hagan loas a la cultura física en función de un punto en los hemisferios cerebrales permite que dicho síntomas tratados anteriormente sean disminuidos a tal punto que de cada 100 mujeres del mundo que haga dicha catarsis solo cinco de ellas padecerán los síntomas, también el deseo sexual lejos de disminuir aumenta si la mujer se le trata como un ser social y no como un objeto sexual.¹⁴

El stress provocado por los problemas que pueda causar el envejecimiento de las gónadas y su paulatino ceceo de las hormonas esta casi satanizada, realmente si se pone una dieta adecuada el espacio para la catarsis; los síntomas depresivos solo aparecen en personalidades histéricas con mas de dos características.

Teatralidad histérica.

⁹ Internet Monografías.com

¹⁴ Petrosky J. K. Psicología general Pág. 10-30, 110-120, 201-240.



Inadecuación sexual.

Personalidad pícnica asociados o no a vicios de descargas como el tabaquismo y el alcohol, de allí que la cultura oriental como la mayoría de la población China, Coreana o Japonesa cuya filosofía es físico-mental tomados de las leyes del manú o Biblia de los mojes budas permita disminuir sus afectos quedando solo afectada por la condición de cuidado de los hijos y la obesidad exógena como factor coadyugante para esa población.

La melancolía embolativa y las neurosis.

Ansioso, Depresivo, Obsesivo-compulsivo, Histérica (convertiva, disociativa) y Mixta

Solo se pueden cambiar con psicoterapia colectiva e individual y catarsis físico-mental.

Los síntomas anteriormente tratados en la menopausia solo se ven en personalidades neuróticas pues la psicosis profunda o desconecte del nivel normal hacia el neurótico y del neurótico al sicótico solo se produce en situación de sumo stress por cualquier causa social en la mujer en menopausia teniendo presente que mientras mas controlada sea la personalidad e individualidad como característica angular de la condición humana bio-psico-social, el desconecte de la realidad y la respuesta adecuada al stress con la ayuda de los hijos y la pareja permite hacer de la mujer la flor del hogar y no la esclava sexual.

De ahí que la comprensión y el espacio para cada individualidad dentro de la colectividad familiar permita a la mujer menopausica su minimización orgánica y la disminución del papel de esclava de la mujer en el hogar, permitirán resolverlo todo con todos en el marco familiar y lo que ahora es un grave problema psíquico mañana será lo que hoy planteamos un problema de salud psíquico.

La neuro-fisiología y los cambios psíquicos aplicados a las edades menopausicas son solo una luz de lo antes planteados que no se resolverá como hasta ahora con ninguna crema de lubricación o tabletas e inyecciones con progestagenos como



hasta ahora occidente lo ha querido cambiar mercantilmente, ningún medicamento puede sustituir el amor de la pareja, la afectividad de los hijos y la colectividad del trabajo de la mujer fuera del hogar, así los neurotransmisores se modificaran en la medida en que cambiamos el medio ni la clonación, ni operar genes nos permitiría obtener cura afectiva si no modificamos el entorno, las enseñanzas y la vida colectiva así como la dignificación y plena libertad de las féminas como genero.⁸

Los rasgos visibles como la disminución del tejido glandular mamario es modificable quirúrgicamente y el sostén de las glándulas como son los músculos tendrán el mismo tratamiento si físicamente se preservan, de ahí que la cirugía estética y reconstructiva en los Tanner IV este indicada para la mujer que según su idiosincrasia o la decisión de la pareja influya en realizar.

La sensibilidad areolar incluso aumenta en dicho periodo al igual que la respuesta sexual, pues esta va por el sistema antero lateral y la alta sensibilidad de precisión para la respuesta sexual va por el sistema dorsal leniscal a tal punto que la mujer en dicho periodo es sexualmente cuando esta inhibida de tabúes y tiene para dicha edad la experiencia que ninguna joven tiene pues ceso la capacidad reproductiva; pero no la respuesta sexual, esta depende desde luego de la mujer, de ahí que la frase de nido vacío es un tabú occidental al considerar a la mujer un objeto reproductivo relacionado con la respuesta sexual coito-vaginal.

Recordemos que la excitación femenina y un orgasmo no depende de las veces en que un varón asuma un coito sino de la condición sabia de una caricia en un tejido sexualmente noble y que la naturaleza ha sido muy sabia en la filogenia de dicho tisus.

Es necesario para la comprensión del tema explicar la respuesta sexual humana en el varón y en las hembras.

En la mujer el periodo de excitación es mas lento que en el hombre, la meseta es continua pudiendo tener varios orgasmos en un mismo coito mientras el hombre al llegar al periodo de eyacuacion , la resolución es corta en tal virtud la mujer tiene

⁸ Jesús Rafael Estrada Temas de Neurofisiología Tomo I 1984 Pág. 12-140



sexualmente mas ventajas que el hombre y en nuestro medio las cosas andan al revés, pues el varón puede tener varias mujeres y hacen con ellas lo que deseen como objeto sexual, de allí que ni ellos son machos ni ellas son hembras, esto es así en Matagalpa y mayoría de países Latinos Americanos.

Súmese a ello que la mujer en este periodo tiene mas experiencia no molestan las intimas ni el sangrado vaginal, tiene más libertad. De hecho la cultura estética para preservar la belleza solo lograra estimulando su autoestima a través de su pareja y de su medio familiar.

El uso de progestagenos conjugados quedara en un futuro reducido solo para un 3 % o 5 % de la población menopausica mundial en los países desarrollados y orientales en la medida en que conceptualmente se cambian las concepciones del papel de la mujer en la sociedad en este periodo, ya existen clubes en Francia, Alabama, Alemania, Cuba y otros donde se contraen matrimonios con gran éxito en dicho grupo etareo y para la tercera edad, lo que actualmente es un problema de salud inoperablemente se reducirá mañana cuando se modifiquen las condiciones sociales y el roll de la mujer en la familia y en la sociedad.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Con el proceso mismo del envejecimiento se van suscitando cambios en el aspecto psicológico y emocional de la mujer.

Los principales síntomas se refieren a sentimientos de irritabilidad, depresión y ansiedad. Esta situación se debe no solo a los cambios físicos que esta experimentando el cuerpo, sino que también como respuesta al impacto de las expectativas culturales y sociales que actúan sobre la mujer, que se mezclan e interactúan con sus percepciones y expectativas.¹

La historia de vida de la mujer esta con frecuencia ligada a su salud reproductiva y el ciclo menstrual que también afectara la interpretación de su experiencia en la menopausia.

¹ Acuña Canas Alonso Enciclopedia del Sexo y Educación, Pág. 160-164



Con mayor probabilidad aquellas mujeres con una historia de depresión o de una dependencia excesiva de los roles tradicionales femeninos, por ejemplo aquellos que ponen de relieve la juventud, el atractivo físico o la maternidad, es posible que experimentan el mayor número de problemas durante la menopausia.

La menopausia suele muchas veces convertirse en elemento gatillo en la aparición de trastornos emocionales que Vienen gestándose en etapas anteriores con los cambios hormonales.

El estrógeno es responsable de la acumulación del revestimiento epitelial de la cavidad uterina durante los años reproductivos, este revestimiento se forma y luego se desprende mensualmente, por lo general la disminución menopáusica de estrógenos impide que esta formación se produzca sin embargo las hormonas androgénicas producidas por las glándulas suprarrenales se convierten en estrógenos y esto causa a veces el sangrado posmenopáusico, esto no es nada que produzca preocupaciones pero puede ser un indicador temprano de otros problemas incluyendo cancera así que este debe ser controlado por un medico.¹⁰

Una reducción en el estrógeno esta asociado con muchos efectos secundarios que pueden ser muy molestos como los sofocos causados por una liberación súbita de calor corporal y la resequedad vaginal causada por el debilitamiento de los tejidos de la pared de la vagina, son efectos secundarios mas frecuentemente experimentados y que dan cambio en el estado de ánimo y la falta de deseo sexual que están asociados algunas veces con la menopausia y puede resultar parcialmente de la disminución hormonal

MENOPAUSIA Y DEPRESION

La función menstrual ha sido fuente de numerosas interpretaciones, mitos y temores a lo largo de la historia, durante un largo período de tiempo la menopausia fue interpretada como la acumulación de productos peligrosos para la salud, determinantes cambios de humor o incluso de la locura.

¹⁰ MINSA 1996 Manual de Salud Reproductiva, Pág.193-202



La mujer menopáusica era considerada como un ser disminuido que pasaba a una situación socialmente irrelevante cuando cumplía con su misión de perpetuar la especie.

Todavía hoy en día perdura esta visión cuando se hace un juicio negativo de una mujer diciendo que está “MENOPAUSICA”.

La cultura occidental fomenta el mito de que la mujer menopáusica sufre cambios en su personalidad. Con tendencia a padecer depresión y disminución de su interés sexual. Lo cual a su vez refuerza la consideración negativa que la propia mujer tiene de su proceso de menopausia.¹⁰

Aunque se ha constatado que durante el período posmenopáusico el interés y actividad sexual tiende a declinar como consecuencia de los efectos de la disminución de estrógenos. Como la sequedad vaginal y el aumento de infecciones vaginales, también se ha constatado que en numerosos casos no solo no se da una disminución de la libido, si no que incluso puede experimentar una intensificación al sentirse la mujer libre del temor al embarazo no deseado y de las atenciones a los niños pequeños.

En muchas ocasiones la menopausia puede probablemente convertirse en el centro de proyección de todas las causas y los conflictos que se presentan concomitantemente a nivel físico, emocional, laboral y familiar. Cuando por lo general habrían de atribuirse estos síntomas psíquicos asociados al proceso menopáusico a la combinación de los cambios físicos, las influencias culturales y las expectativas y percepciones individuales de proceso. Los trastornos afectivos han sido probablemente los que con mayor frecuencia se han asociado a la menopausia, incluso Kraepelin se refirió a ella al escribir acerca de la melancolía involuntaria en relación con la menopausia.

¹⁰ MINSA 1996 Manual de Salud Reproductiva, Pág.193-202



Sin embargo, los estudios más recientes vienen a desmiticar esta conexión ya que no hallan evidencias significativas que permitan establecer la existencia de un trastorno depresivo asociado significativamente a dicho período, ni la mayor prevalencia de mujeres depresivas entre la menopáusicas, señalándose la excepción en aquellas mujeres con trastornos afectivos previos de curso cíclico o asociados a acontecimientos relacionados con la reproducción (mujeres que han padecido previamente síndrome premenstruales, depresión posparto y la depresión en los años previos a la menopausia).

Por lo que se ha sugerido que es el desequilibrio hormonal que sucede en esta etapa lo que causa los síntomas psicológicos (fatiga, irritabilidad, problemas de sueño, variaciones bruscas del humor) por el mecanismo que actuaría en el síndrome premenstrual. De hecho la depresión durante la menopausia no está específicamente asociada con los cambios hormonales de la menopausia fisiológica, si no con otros factores; Menopausia Quirúrgica, depresión previa (la variable mas predictiva) estado de salud problemas menstruales, estrés social o familiar y actitudes negativas hacia la menopausia.

De entre ellos la menopausia quirúrgica es la que se ha relacionado con mayor índice de depresión no esta claro si solo se debe al déficit brusco hormonal, a la situación psicosocial o a la enfermedad que provocó la intervención.

Algunos estudios han demostrado que las relaciones familiares y sociales, así como el pensamiento negativo asociado parecen más aplicadas en la etiología de los trastornos depresivos concomitantes a la menopausia que el cambio biológico-hormonal.

Diversos estudios demuestran que las diferencias de género en la depresión no solo no aumentan, si no que disminuyen en este rango de edad. Los acercamientos terapéuticos a la depresión en la menopausia vienen a confirmar lo anteriormente enunciado y se añaden ala controversia sobre si la menopausia debe ser medicalizada o tratada como un acontecimiento normal en la vida.



Muchos han escrito acerca del síndrome del “NIDO VACIO”y del “AMA DE CASA” sugiriéndose una tasa más elevada de depresión entre las ama de casa que han estado exclusivamente dedicadas al cuidado de los hijos y que sienten la pérdida del papel maternal coincidiendo con la edad de la menopausia en que los hijos se independizan, sin embargo las estadísticas no han podido ratificar lo que probablemente es otro mito erróneo, pero en un nuevo estudio realizado a mujeres que pasan por la menopausia, casi la mayoría ya no se consideran con este síndrome.

Durante un reciente Simposium Internacional de Ginecología Endocrinológica, se puso de manifiesto que la falta de estrógenos durante la menopausia favorece la aparición de la obesidad.

Es tan frecuente el aumento de peso durante la menopausia y su consolidación posterior se habían venido achacando más factores psicológicos, así los importantes cambios emocionales experimentados por la mujer durante esta etapa tan importante de su vida, haría que comiera en mayor cantidad lo que conduce a la obesidad y con esto renunciar a todo lo que sería sinónimo de belleza aun lo sexual pierde por así decirlo su derecho sexual.

Bien lo que podemos decir “abandono sexual” de la compañera continúan viviendo, son un matrimonio social mas no pareja en el sentido amplio, en el sentido sexual se debe hacer parte del contexto de pareja. Ya que la mujer es afectada psicológicamente y con ella arrastra una serie de síntomas que son tomadas como un hecho real de imposibilidad para continuar con la vida sexual o como una disculpa para sacar a flote un rechazo hacia el coito que no le causaba placer alguno y ve la oportunidad para liberarse de él alegando enfermedad y así encuentra buenas razones para obstaculizar el intercambio sexual dando como respuesta períodos de depresión y ansiedad.



DIAGNOSTICO

En pacientes jóvenes se debe descartar trastornos endocrinos como: enfermedad tiroidea o diabetes mellitus. Los pacientes con osteoporosis sintomática deben investigarse en busca de otras causas a parte de la menopausia. Ej.: Hiperparatiroidismo

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Se pueden utilizar exámenes de orina y de sangre para medir los niveles hormonales que pueden indicar si una mujer esta cerca de la menopausia o es posmenopáusica ej: FSH y LH.

Un frotis de papanicolau puede indicar cambios en el revestimiento vaginal (mucosa) causados por cambios en los niveles de estrógenos) se puede realizar un examen de densidad o sea buscar niveles de baja densidad ósea que se ven en la osteoporosis.}

PRUEBA DE LA HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (HFE)

La prueba mide el nivel de esta hormona en sangre. Esta hormona se produce en la glándula pituitaria y controla la maduración de los óvulos en los ovarios, produciendo la ovulación. Los niveles de HFE aumentan cuando los óvulos de la mujer pierden su habilidad de funcionar y el cerebro detecta que ellos necesitan más hormonas para ser fertilizados, si los niveles de HFE se elevan es un signo de la mala habilidad del ovario de producir estrógeno.

Un nivel de HFE entre 10 y 12 es una señal de que el organismo esta cambiando y puede indicar peri menopausia sin embargo como en esa etapa los niveles suben y bajan de mes a mes, no es un indicador fiable de diagnóstico de menopausia los niveles de HFE también pueden variar si la mujer esta tomando anticonceptivos.

Un nivel de HFE mayor de 40 indica un estado de menopausia y que el organismo ya no produce estrógenos.



HIPOTESIS

El personal de enfermería no brinda educación psicológica y sobre tratamientos a las pacientes menopausicas en esta etapa de la vida en el Centro de Salud Trinidad Guevara Narváez en los meses Enero – Marzo 2005.



DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: El presente estudio es cuantitativo descriptivo de corte transversal.

Descriptivo por que se describe el abordaje del fenómeno que experimentan las personas en estudio y transversal porque la variable se estudian simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

Área de estudio: Esta investigación se realizara en la Ciudad de Matagalpa, área urbana, en el centro de salud cabecera Municipal el cual esta ubicado al pie del Cerro el Calvario y borde del Río Grande de la misma ciudad cubre zonas urbanas y rurales, cuenta con una población total de 145,698 habitantes.

Universo: Es el total de 70 mujeres (100 %) mujeres que asisten a la consulta de atención integral y morbilidad en el Centro de Salud trinidad Guevara Narváez en la ciudad de Matagalpa.

Muestra: Se toma el 100% del universo que llegan a corresponder a 70 mujeres.

Variable dependiente: Etapa menopausica.

Variable independiente: Aspecto demográfico (edad, sexo, cantidad de hijo, zona donde vive, situación económica)- Educación psicológica - Educación sobre el tratamiento.

Fuente de información:

Primaria: Información de las mismas pacientes en estudio a través de la entrevista personal.

Secundaria: Libros alusivos al tema de menopausia.

Expedientes clínicos.

Registros de oficina de estadística.



Técnica para la obtención de información:

Se realizaran encuestas las cuales tendrán preguntas cerradas con los siguientes **criterios de inclusión:**

- 1- Mujeres que asisten a la consulta de morbilidad o atención integral en el Centro de salud Trinidad G. Narváez.
- 2- Mujeres entre las edades de 35 – 49 años.
- 3- Urbana y rurales.
- 4- Mujeres que deseen participar en el estudio.
- 5- Mujeres que estén conscientes, verbalmente.

Instrumento para la obtención de información.

Encuesta con preguntas cerradas que mida a cada una de las variables del estudio.

Unidad de análisis:

Mujeres en edad menopausica.

Análisis de datos:

Se utilizaran cuadros simples que logren datos de acuerdo a los objetivos.

Técnica de análisis:

Se utilizo el programa de EPIINFO para hacer el análisis.

Recolección de la información:

Para obtener la información se pidió consentimiento informado de las mujeres que asistieron a las consultas de los sectores de atención integral explicándole la encuesta preguntas por preguntas a cada una.



RESULTADOS

Las mujeres se dividieron en seis grupos de edades, de 35-39 son 16 para un **(22.9 %)**, de 40- 43 son 16 para un **(22.9 %)**, de 44-47 son 16 para un **(22.9%)**, de 48-51 son 14 para un **(20 %)**, de 52-55 son 5 para un **(7.1 %)**, 56-59 son 3 para un **(4.3%)**, todas suman 70 para un **(100 %)**. (Cuadro 1)

Tenemos 13 mujeres analfabetas para un **(18.5%)**, 30 mujeres en primaria para un **(42.8%)**, 19 mujeres en secundaria para un **(27.1%)**, 6 mujeres universitarias para un **(8.5%)** y 2 mujeres alfabetizadas para un **(2.8%)** estas mujeres suman 70 para un **(100%)**. (Cuadro 2)

De las 70 mujeres el **(100%)**, 18 para un **(26%)** tienen unión estable, 35 para un **(50%)** son casadas, 7 para un **(10%)** son solteras, 4 para un **(6%)** son viudas y 6 para un **(9%)** son divorciadas. (Cuadro 3)

En el aspecto religioso, 51 mujeres son católicas para un **(72.8%)**, 13 mujeres son evangélicas para un **(18.5%)**, 3 mujeres pertenecen a otras sextas para un **(4.2%)** y 3 mujeres no practican ninguna religión para un **(4.2%)**, el total de mujeres son 70 para un **(100%)**. (Cuadro 4)

El **(77%)** que son 54 mujeres, pertenecen a la zona urbana del Policlínico y el **(23%)** son 16 mujeres, pertenecen a la zona rural, estas suman 70 para un **(100%)**. (Cuadro 5)

El **(21%)** son mujeres profesionales que se dedican a un trabajo con un título universitario o de técnico, son 15 mujeres, el **(67%)** son ama de casa que no tienen más que hacer las cosas del hogar, son 47 mujeres, el **(11%)** trabajan fuera del hogar en empleos como domésticas o empresas del campo, son 8 mujeres, todas suman 70 para un **(100%)**. (Cuadro 6)



El **(7%)** tienen un hijo, el **(14%)** tienen dos hijos, el **(16%)** tienen tres hijos y el **(63%)** tienen más de tres hijos, estas mujeres pasan de cinco hijos y algunas tienen hasta más de diez. (Cuadro 7)

Entre las edades de 35-39 años el **(8.5%)** conocen que es la menopausia, en este mismo grupo etareo el **(14.2%)** no conocen que es la menopausia, en el grupo de edad 40-43 años el **(7.1%)** conocen que es la menopausia, en el mismo grupo de edades el **(15.7%)** no conocen que es la menopausia.

En el grupo de edades 44-47 años el **(10%)** conocen que es la menopausia, en este mismo grupo el **(12.8%)** no conocen que es la menopausia, de 48-51 años el **(4.2%)** conoce que es menopausia y **(15.7%)** no conocen la menopausia, en el grupo de 52-55 años el **(1.4%)** conoce que es la menopausia y el **(5.7%)** no conocen lo que es la menopausia, de 56-60 años el **(0%)** conocen la menopausia y el **(4.2%)** no conocen lo que es la menopausia. Suman 70 para un **(100%)**. (Cuadro 8)

El **(24.2%)** si ha recibido charlas por el personal de enfermería sobre los trastornos psicológicos que acompañan a la menopausia, el **(72.8%)** dijo que no recibió charlas por parte del personal de enfermería y el **(2.8%)** recibió charlas en ocasiones sobre los trastornos de la menopausia, suman el **(100%)** de 70 mujeres. (Cuadro 9)

En 70 mujeres encuestadas **(100%)** el **(31%)** si padece con frecuencia de insomnios (desvelos), el **(28.5%)** no padecen de desvelos (insomnios) y el **(40%)** padece de desvelos (insomnios) a veces. (Cuadro 10)

El **(21.4%)** siente ganas de llorar o esta débil emocionalmente en la mañana, el **(25.7%)** en la tarde siente ganas de llorar o esta débil emocionalmente, el **(20%)** siente ganas de llorar o esta débil emocionalmente en la noche y el **(32.8%)** nunca siente ganas de llorar ni debilidad emocional, suma un **(100%)** 70 mujeres. (Cuadro 11).



Con **(45.7%)** respondieron que si se enojan e irritan con facilidad en su ámbito familiar, el **(10%)** no se enojan ni se irritan con facilidad en su ámbito familiar, a veces se irritan o enojan en su ámbito familiar el **(37.1%)** y nunca se irritan o enojan en su ámbito familiar un **(32.8%)** de las 70 mujeres que son el **(100%)**. (Cuadro 12)

El **(40%)** de las mujeres se sienten deprimida o triste cuando están solas, el **(7.1%)** se sienten deprimida o triste acompañada, refieren **(32.8%)** que siempre se sienten deprimida o triste en esta etapa de la menopausia y el **(20%)** refiere que nunca se sienten deprimida o triste, todos suman un **(100%)** en 70 mujeres encuestadas. (Cuadro 13)

Las encuestas refieren que el **(18.5%)** si sienten cansancio o agotamiento físico y mental, el **(7.1%)** no sienten cansancio o agotamiento físico y mental, en **(45.7%)** sienten cansancio y agotamiento físico mental a veces, el **(17.1%)** siempre sienten cansancio o agotamiento físico y mental en esta etapa menopausica y el **(11.4%)** nunca siente cansancio o agotamiento físico mental, el **(100%)** es 70 mujeres. (Cuadro 14)

En **(47.1%)** refirieron que a veces se le olvidan las cosas o se sienten nerviosas, el **(35.7%)** siempre se le olvidan las cosas o se sienten nerviosas y el **(17.1%)** nunca se le olvidan las cosas ni se sienten nerviosas en esta etapa que es la menopausia. (Cuadro 15)

Las mujeres responden en un **(40%)** que si creen que estos problemas psicológicos son asociados a la menopausia, el **(14.2%)** refieren que no creen en que estos problemas psicológicos son asociados a la menopausia, el **(44.2%)** asocian estos problemas a otras causas como la situación económica, los problemas de la familia, los hijos en la adolescencia, etc. Encuesta a 70 mujeres para un **(100%)**. (Cuadro 16)



El **(14.3%)** de las mujeres encuestadas refirió que si recibieron orientación por el personal de enfermería sobre medicamentos para regular el sangrado vaginal en la menopausia y el **(85.7%)** dijo que no recibieron orientaciones por el personal de enfermería sobre medicamentos que regularan el sangrado en la menopausia, suman el **(100%)** en 70 mujeres. (Cuadro 17)

En 70 mujeres encuestadas para un **(100%)** un **(1.4%)** refirió que enfermería le receto para la menopausia medicina natural, el **(17.1%)** dijo que enfermería le recomendó estrógeno solo para la menopausia, el **(5.7%)** hablo que enfermería recomienda el estrógeno conjugado para la menopausia, la mayoría de las mujeres **(75.7%)** refirieron que no le recomendaron ningún tratamiento por parte de enfermería. (Cuadro 18)

El **(0%)** refirió que enfermería no recomienda las cremas ni óvulos, tampoco parches como vía de tratamiento para combatir la menopausia, el **(10%)** enfermería les recomienda la vía intramuscular con el uso de inyecciones para la menopausia, el **(1.4%)** dijo que enfermería le recomendaba la medicina natural para los trastornos de la menopausia y un **(12.8%)** informaron que enfermería recomienda el uso de la vía oral con tabletas para mejorar los síntomas de la menopausia, también dijeron el **(75.7%)** que enfermería no recomienda ninguna vía de administración ni ningún medicamento por el posible daño al organismo dicho en los últimos estudios. (Cuadro 19)

En un **(25.7%)** de las pacientes encuestadas recibieron educación sobre la menopausia por la parte medica del policlínico, el **(4.2%)** de las pacientes dijeron que la educación para la menopausia fue dada por enfermeras, el **(5.7%)** reciben educación sobre la menopausia por amigas, el **(10%)** dijo que era educado por programas de televisión o leyendo revistas alusivas a la menopausia; pero el **(97.1%)** de las mujeres refirieron que nadie les ha brindado educación sobre la menopausia.(Cuadro 20)



DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos mujeres de diferentes edades con etapa menopausica y parten desde los 35 años de edad hasta los 59 años, por lo que la edad para comenzar el periodo menopausico puede ser después de los 35 años.

El **42,9%** tenían educación primaria, según referencias de las encuestadas la mayoría alcanzaron el cuarto grado y no continuaron por la situación social y económica; pero aprendieron a leer y escribir, otros **27,1 %** llegaron a tercer año de secundaria y también contamos con el **18,6 %** de analfabetismo que significa que son mas las mujeres que pudieran conocer la situación o síntomas de la menopausia si se explicara en una consulta medica o de enfermería.

Los resultados en el estado civil de las mujeres encuestadas arrojan que la mayoría viven una unión familiar con hijos y esposo, el **27,1 %** estabilizaron su matrimonio y el **48,6 %** se casaron por la vía civil con sus conyugues, esto habla de la convivencia y armonía familiar en un **75,7 %** con la suma de los antes expuestos.

Encontramos que la mayoría de las mujeres entrevistadas pertenecen a la religión católica, son 51 para un **(72.9%)**.

Referente a la procedencia de las mujeres entrevistadas observamos que la mujer de la zona urbana, la que vive en la ciudad asiste mas a consulta en el centro de salud con manifestaciones y síntomas de menopausia, son 52, para un **(74,5%)**.

El **(67,1%)** que son 47 mujeres son ama de casas, se dedican a la atención de sus hijos, esposos o no tienen un empleo ni facilidad de conseguirlo, o simplemente a sus maridos no les gusta que trabajen fuera del hogar.

Sobre los hijos 41 mujeres dijeron tener mas de tres hijos para un **(59,4%)**, cuando conversamos con ellas decían tener de siete hasta quince hijos y muchas de ellas oscilaban entre los 37 a 40 años.



Referente al conocimiento de la menopausia enfermedad que padecen y las hace asistir al centro de salud 48 mujeres el **(68,6%)** dijeron no conocer la etapa esta en la mujer, no sabían sus síntomas u otros malestares asociados.

El **(72,9%)** dijo que el personal de enfermería del centro de salud no les hablo sobre los trastornos psicológicos que acompañan a la mujer en el tiempo de la menopausia y tienen que asistir muchas veces.

La mayoría de las mujeres entrevistadas padecen de insomnios o les sucede a veces en la etapa menopausica por lo que habría que explicar o dar recomendaciones para evitar accidentes en el hogar.

El **(32,9%)** nunca siente ganas de llorar esto equivale a 23 mujeres de las 70 entrevistadas; pero los demás indicadores están casi parejos por lo que la mayoría de las mujeres lloran o sienten ganas en un momento del día ya sea, mañana, tarde o noche.

Cabe decir que .as mujeres encuestadas refirieron irritarse y enojarse en su ámbito familiar sumando 32 la mayoría en un **(45,7%)**.

En cuanto a si se sentían deprimida o triste las mujeres en la etapa menopausica refirieron que cuando estaban sola 28 para un **(40 %)** y siempre, no importa el momento del día 24 mujeres para **(34,3 %)**.

El **(45,7 %)** que son 32 mujeres en edad menopausica dicen que a veces sienten cansancio o agotamiento físico y mental.

Se le olvidan las cosas o se sienten nerviosas a veces a 33 mujeres en edad menopausica **(47.1%)** y 25 mujeres siempre lo sienten **(35.7%)**, esto demuestra que la mayoría en este tiempo sufren cambios de mente o sistema nervioso.



Las mujeres dijeron que los problemas psicológicos que aparecen en los cambios de ellas en edad menopausica no son asociados al mismo problema si no cosas apartes como situación económica, problemas de los hijos u otras enfermedades, fueron 31, para un **(44.2 %)**.

Las referencias de las que fueron entrevistadas de 70 mujeres, 55 de ellas para un **(78,6%)** no recibieron orientación por el personal de enfermería sobre medicamentos para regular el sangrado vaginal en la menopausia.

Las mujeres en su mayoría 53 de ellas no se le receto medicamento alguno para los problemas menopausicos equivale a **(75,7%)**.

Tampoco se les recomienda ninguna vía de administración de medicamentos a las mujeres entrevistadas por parte de enfermería según dijeron 53 de ellas, **(75.7%)**.

Encontramos que 37 para un **(52.8%)** mujeres dijeron que nadie les dio educación sobre la menopausia para saber algunas cosas más de estas.



CONCLUSIONES

- ✓ La menopausia aparece después de los 35 años de edad en cualquier momento, no mide nivel cultural o escolaridad, tampoco si la mujer esta casada, viuda, divorciada, soltera o vive en unión libre.
- ✓ La menopausia no mira creencias o religiones, tampoco procedencias y da lo mismo en profesionales, ama de casa, como en las mujeres que trabajan fuera del hogar.
- ✓ Aparece lo mismo en mujeres uníparas, que multíparas, siendo más rápido en las mujeres que parieron mas de tres hijos por el envejecimiento de su útero.
- ✓ La mayoría de las mujeres desconocen que es la menopausia y no recibieron charlas por el personal de enfermería sobre trastornos psicológicos que la acompañan.
- ✓ El insomnio, las ganas de llorar, la debilidad emocional, la irritación, el enojo tanto familiar como fuera de ella, la tristeza, el agotamiento físico mental, el olvidar las cosas y el sentirse nerviosa, son síntomas que destruyen la psicología y deteriora físicamente a la mujer con menopausia, si son problemas asociados a esta.
- ✓ El personal de enfermería no da orientaciones a las mujeres que asisten a los centros de salud con síntomas de menopausia.
- ✓ Enfermería no recomienda medicamentos por ninguna vía de administración a las mujeres con sangramiento en la menopausia pueden ser mas dañinos aun.



RECOMENDACIONES

- ❖ Gestionar con el Ministerio de Salud u ONGs la introducción de clubes que atiendan de forma especial a las mujeres en la etapa menopausica, ofreciendo consultas psicológicas, trabajos en grupos, ejercicios físicos, etc.
- ❖ Elaborar protocolos de atención específicos para climaterio y menopausia que puedan ser aplicados en los diferentes niveles de atención incluyendo consejería y tipos de manejo terapéutico de las pacientes para su adecuado seguimiento.
- ❖ Capacitar al personal de enfermería que atiende a las mujeres en etapa menopausica para que brindan una adecuada información a edad cuando visiten los centros de salud con los síntomas correspondientes.
- ❖ Tratar a las mujeres con menopausia con medicinas naturales, estos serán menos dañinos para la salud de estas y también económicos.



BIBLIOGRAFIA

- 1) **ACUÑA CANAS ALONSO** Enciclopedia del Sexo y Educación. Menopausia Pág. 160-164.
- 2) **BOTERO URIBE JAIME**. Menopausia y Post Menopausia. Pág. 767- 771. Cuarta Edición, tomo II Colombia año 1992.
- 3) **BUSTAMANTE JOSE A.** Psicología Medica 1981 Pág. 210-225, 300-350.
- 4) **CAMPOS HERRERA CLAUDIA**. Enciclopedia del Sexo y Educación. Cambios a Nivel del Sistema Reproductor en la Menopausia, Pág.165-168.
- 5) **CIDHAL** Cuerpo de Mujer. La Menopausia Pág. 159-163 Tercera Edición México.1987.
- 6) **COLSTON WENTZ ANNE**. Tratado de Ginecología Novak, Tratamiento de la Menopausia Pág. 349 – 388. Onceava Edición, México 1991.
- 7) **COLECTIVO DE MUJERES** Actualidad sobre climaterio y Menopausia Estos Cambios Nuestros, La menopausia Salud V, Salud y Sexualidad, Mi cuerpo es mío. Matagalpa 1992.
- 8) **ESTRADA JESÚS RAFAEL** Temas de Neurofisiología Tomo I Pág. 120-140. 1984
- 9) **INTERNET** (Monografías.com, menopausia.cl, celsam.org, geosalud.com, ginecologomx.com, google.com)
- 10) **MINSA AÑO 1996 NICARGUA** Manual De Salud Reproductiva; Climaterio y Menopausia Pág.193 -202. 1996.
- 11) **NADER MORA LUCIA** Enciclopedia Del Sexo y Educación. Terapia De Reemplazo Hormonal Pág.169-174.



12) NUEVO DIARIO Nº 212 Edad Sexual Menopausia, Suplemento Salud Sexualidad II Nº 211 Viernes 31 de octubre 2003

13) PALACIO VILLEGAS MARTHA LUCIA Enciclopedia Del Sexo y La Educación. Climaterio y Menopausia Pág. 175-178

14) PETROSKY J.K. Psicología General Pág. 10-32, 110-120, 201-240.

15) TERCERO ALTAMIRANO LEUVAD DEL CARMEN (Componente Atención Integral Licenciatura en Ciencias de la Enfermería) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León 2004.

16) VASQUEZ CLEOTILDE (Servicio Endocrinología y Nutrición del Hospital Ramony Icajal Madrid .Menopausia y Obesidad Pág.260-268.



ANEXOS



Operacionalización de Variable

Variable	Definición	Dimensión	Definición	Indicador	Escala
Aspectos Demográficos.	Parte de la estadística que trata de los habitantes de un país según sus profesiones, escolaridad, región, etc.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Grupo etáreo	35-39 40-44 45-49 50-+
		Estado civil	Situación de una persona con relación a los cambios que ocurren en él.	Estado civil que tiene la persona.	viuda Soltero Casado Unión Estable Divorciada
		Escolaridad	Conjunto de cursos de que un estudiante sigue en establecimiento docente.	Nivel de escolaridad de las personas.	Analfabeta Primaria Secundaria universidad
		Ocupación	Profesión u oficio	Ocupación de las personas.	Ama de casa Domestica Técnica Profesional
		No de Hijos	Cantidad de hijos Procreados.	La cantidad de hijos que tienen	1 2 3 o más
		Religión	Creer en un ser sobrenatural.	Tipo de religión que profesan	Católica Evangélica Adventista Otra



Operacionalización de variable

Variable	Definición	Dimensión	Definición	Indicador	Escala
Educación Psicológica	Es la aplicación del método científico al estudio, el comportamiento de los individuos y grupos sociales en los ambientes.	Insomnio	Incapacidad del individuo para conseguir calidad o cantidad de sueño.	síntoma	Si No A veces
		Debilidad emocional.	Carencia de energía o vigor en las cualidades o resoluciones del ánimo acompañado del llanto.	síntoma que padecen	Mañana Tarde Noche Nunca
		Irritabilidad	Propensión a irritarse.	Síntoma que padecen las personas	Si No A veces
		Depresión	Síndrome caracterizado por la tristeza profunda o inhibición de las funciones psíquicas.		Sola Acompañada Siempre Nunca
		Agotamiento nervioso Dificultad en concentración.	Cansarse, muy relajado. Oposición o contrariedad que impide conseguir una estabilidad mental.		Si No A veces Siempre Nunca A veces Siempre Nunca
		Psicosis	Enfermedad mental.		A veces Siempre Nunca



Operacionalización de variable

Variable	Definición	Dimensión	Definición	Indicador	Escala
Educación sobre tratamiento	Se imparte a personas afectadas de alguna anomalía mental o física que dificulta su adaptación.	<p>Estrógeno solo.</p> <p>Estrógeno progestogeno.</p> <p>Cremas y óvulos vaginales.</p> <p>Parches dérmicos.</p> <p>Inyectables.</p> <p>Naturales.</p>	<p>Sustancia que provoca estro.</p> <p>Sustancia que provoca estro y favorece el curso normal regla, en dosis elevadas impide la ovulación.</p> <p>Sustancias grasas medicamentosas</p> <p>Trozo de lienzo que contiene medicamento y se pone sobre una parte del cuerpo.</p> <p>Medicamentos que se administran por vía parenteral im., iv o sc.</p> <p>Sin artificio ni composición.</p>	Medicamentos que utilizan las personas en una enfermedad.	<p>Si</p> <p>No</p> <p>A veces</p> <p>Nunca</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Nunca</p>



CRONOGRAMA

Actividades	Agosto		Septiembre		Octubre			Noviembre		Diciembre			Enero		Febrero		Marzo	
- Elección del tema	X																	
- Delimitación del tema		X	X															
- Elaboración del objetivo				X														
- Búsqueda de la información					X	X	X	X	X									
- Selección de la información									X	X								
- Hipótesis											X							
- Elaboración del marco teórico												X	X	X	X			
- Elaboración del diseño metodológico														X	X			
- Definición de variable																X		
- Elaboración de la información																	X	
- Entrega del Primer borrador del protocolo																		X
- Entrega del protocolo																		X
- Defensa de la monografía																		X
																		X



CUADRO N° 1
EDADES DE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA DEL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ MESES
ENERO-MARZO 2005.

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
>35 - 39	16	22,9%
>40 - 43	16	22,9%
>44 - 47	16	22,9%
>48 - 51	14	20,0%
>52 - 55	5	7,1%
>56 - 59	3	4,3%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 2

**ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA
NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005.**

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	13	18,6%
PRIMARIA	30	42,9%
SECUNDARIA	19	27,1%
UNIVERSIDAD	6	8,6%
ALFABETIZADA	2	2,9%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 3

**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA
NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNION ESTABLE	19	27,1%
CASADA	34	48,6%
SOLTERA	7	10,0%
VIUDA	4	5,7%
DIVORCIADA	6	8,6%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas.



CUADRO N° 4

**RELIGION DE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ
MESES ENERO-MARZO DEL 2005.**

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	51	72,9%
EVANGELICA	12	17,1%
OTRAS	4	5,7%
NINGUNA	3	4,3%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas.



CUADRO N° 5

**PROCEDENCIA DE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA
NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005.**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	52	74,3%
RURAL	18	25,7%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 6

**OCUPACION DE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA
NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005.**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFESIONAL	15	21,4%
AMA DE CASA	47	67,1%
TRABAJA	8	11,4%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 7

**NUMERO DE HIJOS EN LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA DEL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA
NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005.**

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNO	5	7,2%
DOS	10	14,5%
TRES	11	15,9%
MAS DE TRES	41	59,4%
NINGUNO	2	2,9%
Total	69	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 8

CONOCIMIENTO DE LA MENOPAUSIA POR LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005.

CONOCIMIENTO DE LA MENOPAUSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	22	31,4%
No	48	68,6%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 9
RECIBIERON CHARLAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE TRASTORNOS PSICOLOGICOS QUE
ACOMPANAN A LA MENOPAUSIA EN LAS MUJERES CON ETAPA MENOPAUSICA DEL POLICLINICO
TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005

CHARLAS POR PERSONAL DE ENFERMERIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	24,3%
NO	51	72,9%
EN OCASIONES	2	2,9%
Total	70	100,0%

FORMATO: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 10
FRECUENCIA DE INSOMNIOS (DESVELOS) QUE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA PADECEN EN EL
POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005

PADECIMIENTOS DE INSOMNIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	31,4%
NO	20	28,6%
A VECES	28	40,0%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 11

MOMENTOS DEL DIA SIENTEN GANAS DE LLORAR O ESTAN DEBIL EMOCIONALMENTE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005

MOMENTOS QUE SIENTEN GANAS DE LLORAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAÑANA	15	21,4%
TARDE	18	25,7%
NOCHE	14	20,0%
NUNCA	23	32,9%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 12

SE IRRITAN O ENOJAN EN SU AMBITO FAMILIAR CON FACILIDAD LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA DEL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ MESES ENERO-MARZO DEL 2005

IRRITACIONO ENOJO CON LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	32	45,7%
NO	7	10,0%
A VECES	26	37,1%
NUNCA	5	7,1%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 13

MOMENTOS DE SENTIRSE DEPRIMIDA O TRISTE LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA DEL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005

MOMENTOS DE SENTIRSE DEPRIMIDA O TRISTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLA	28	40,0%
ACOMPAÑADA	5	7,1%
SIEMPRE	24	34,3%
NUNCA	12	17,1%
EN OCASIONES	1	1,4%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 14

OCASIONES QUE SIENTEN CANSANCIO O AGOTAMIENTO FISICO Y MENTAL LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005

OCASIONES QUE SIENTEN CANSANCIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	18,6%
NO	5	7,1%
A VECES	32	45,7%
SIEMPRE	13	18,6%
NUNCA	7	10,0%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 15

FRECUENCIA QUE SE LE OLVIDAN LAS COSAS O SE SIENTEN NERVIOSAS LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA DEL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005

FRECUENCIA QUE SE OLVIDAN LAS COSAS O SE SIENTEN NERVIOSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A VECES	33	47,1%
SIEMPRE	25	35,7%
NUNCA	12	17,1%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 16

CREEN QUE ESTOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS SON ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI CREO	29	41,4%
NO CREO	10	14,3%
SON COSAS APARTE	31	44,3%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 17

ORIENTACION POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE MEDICAMENTOS PARA REGULAR EL SANGRADO VAGINAL EN LA MENOPAUSIA LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005

ORIENTACION POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	14,3%
NO	55	78,6%
NUNCA	5	7,1%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 18

MEDICAMENTO PARA LA MENOPAUSIA MAS RECETADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA A LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005

MEDICAMENTO MAS RECETADO POR ENFERMERIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NATURALES	1	1,4%
ESTROGENO SOLO	12	17,1%
ESTROGENO CONJUGADO	4	5,7%
NINGUNO	53	75,7%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 19

VIA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS RECOMENDADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA CON MAYOR FRECUENCIA A LAS MUJERES MENOPAUSICAS EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005

VIA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INYECTABLES	7	10,0%
NATURALES	1	1,4%
ORALES	9	12,9%
NINGUNO	53	75,7%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



CUADRO N° 20

**QUIENES DIERON MAYOR EDUCACIÓN SOBRE LA MENOPAUSIA A LAS MUJERES EN ETAPA MENOPAUSICA
EN EL POLICLINICO TRINIDAD GUEVARA NARVAEZ EN LOS MESES ENERO-MARZO DEL 2005**

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POR MEDICOS	19	27,1%
ENFERMERAS	3	4,3%
AMIGOS	4	5,7%
OTROS	7	10,0%
NADIE	37	52,9%
Total	70	100,0%

FUENTE: Pacientes encuestadas



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEON

Entrevista a mujeres con edad de menopausia, asistentes a las consultas de atención integral y medicina general en el Policlínico Trinidad Guevara Narváez en Matagalpa.

Instrumento:

Demográfica

- 1) Edad: _____
- 2) Escolaridad: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Universidad ()
- 3) Estado Civil: Unión Estable () Casada () Soltera () Viuda () Divorciada ()
- 4) Religión: Católica () Evangélica () Otras ()
- 5) Procedencia: Urbana () Rural ()
- 6) Ocupación: Profesional () Ama de casa () Desempleada ()
- 7) Numero de Hijos: Uno () Dos () Tres () + de Tres ()

Educación psicológica.

- 8) Conoce UD lo que es la menopausia.
Si () No ()
- 9) Ha recibido charlas por el personal de enfermería sobre trastornos psicológicos que acompañan a la menopausia.
Si () No () En ocasiones ()
- 10) Padece con frecuencia de insomnios (desvelos)
Si () No () A veces ()
- 11) En que momento del día sientes ganas de llorar o estas débil emocionalmente.
Mañana () Tarde () Noche () Nunca ()
- 12) Con facilidad te irritas o te enojas en tu ámbito familiar.
Si () No () A veces () Nunca ()



13) Cuando te sientes deprimida o triste.

Sola () Acompañada () Siempre () Nunca ()

14) En ocasiones sientes cansancio o agotamiento físico y mental.

Si () No () A veces () Siempre () Nunca ()

15) Con frecuencia se le olvidan las cosas o se siente nerviosa.

A veces () Siempre () Nunca ()

16) Cree usted que estos problemas psicológicos son asociados a la menopausia.

Si creo () No creo () Son cosas aparte

Educación sobre tratamiento.

17) Has recibido orientación por el personal de enfermería sobre medicamentos para regular el sangrado vaginal en la menopausia.

Si () No () A veces () Nunca ()

18) Que tipo de medicamento para la menopausia es mas recetado por el personal de enfermería.

Naturales () Estrógeno solo () Estrógeno Conjugado ()

19) Cual es la vía que el personal de enfermería recomienda con mayor frecuencia para la administración de medicamento.

Inyectables () Naturales () Orales () Ninguno ()

20) Por quienes recibes mayor educación sobre la menopausia.

Por médicos () Enfermeras () Amigos () Otros () Nadie ()