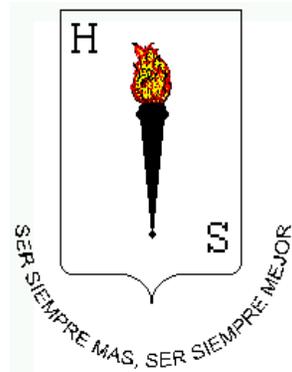


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TÉSIS

**CLIMATERIO CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS E INTERVENCIÓN
DE ENFERMERÍA.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA

CINTHIA MONSERRATH GONZÁLEZ GONZÁLEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PREDERO

MORELIA, MICHOACÁN.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimiento.

A la Escuela De Enfermería Del Hospital De Nuestra Señora De La Salud, por la valiosa hospitalidad y aprendizaje obtenido estos cuatro años, por los valores que apporto a mi formacion.

A la LIE Gabriela Díaz Orozco por brindarme su tiempo, paciencia, conocimientos y formar parte de las personas que hicieron posible este trabajo.

Dedicatoria.

Principalmente quiero agradecerle a Dios por darme la fortaleza y darme la oportunidad de culminar con esta meta. Por iluminar mi camino, fortalecer el espiritu en los momentos mas dificiles de mi vida.

A mis padres que confiaron en mi y formaron parte de esta etapa, ya que sin su apoyo y comprension esto no hubiese sido posible, y sobre todo por estar incondicionalmente esforzandose y trasmitiendo sus amor desde el lugar donde se encontraban. Por ser el eje y estímulo que me han impulsado, por ser mi motivación a superarme y vencer obstáculos.

A mis hermanos por apoyarme en cada momento y brindarme comprensión en los momentos difíciles de esta etapa.

Y a todas aquellas personas que de una manera indirecta o directa brindaron apoyo a este trabajo y formaron parte de mi formación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL CLIMATERIO 1

1.1 Planteamiento del Problema	5
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivo General.....	7
1.3.1 Objetivos Específicos.....	7
1.4 Hipótesis	7

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO 9

2.1 Antecedentes del Estudio.....	9
2.2 Bases Teóricas	11
2.2.1 Periodos del Climaterio.....	13
2.3 Endocrinología del Climaterio.....	14
2.4 Posibles Manifestaciones Clínicas.....	17
2.4.1 Síntomas Locales.....	17
2.4.2 Síntomas Generales	18
2.4.3 Otros síntomas.....	20
2.4.4 Acentuación o Aparición de Osteoporosis	21
2.4.5 Frecuencia de la Aterosclerosis y de Infarto al Miocardio.....	22
2.4.6 Acción Sobre la Piel.....	23
2.5 Alteraciones Psicológicas	24
2.5.1 Cambios Relevantes Psicosociales.....	24
2.6 Sexualidad.....	27
2.7 Esfera Cognitiva.....	29
2.8 Tratamiento	29
2.8.1 Indicaciones del Tratamiento Hormonal Sustitutivo con Estrógenos	30

2.8.2 Eficacia del Tratamiento Sustitutivo con Estrógenos	33
2.8.3 Efectos Secundarios y Posibles Complicaciones del Tratamiento con Estrógenos	37
2.8.4 Contraindicaciones del Tratamiento con Estrógenos	38
2.9 Acciones de Enfermería.....	39
2.10 Acciones Preventivas y Autocuidados Específicos del Síndrome climatérico	42
2.11 Nutrición Durante el Climaterio	44
2.11.1 Alimentación Equilibrada o Saludable.....	48
2.11.2 Objetivos de la Dieta	49
2.12 Norma Oficial Mexicana.....	50
Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.....	50
 CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	56
3.1 Variables	57
3.2 Aspectos Éticos de la Investigación.....	58
3.2.1 Decálogo de ética para el personal de enfermería en México	59
3.2.2 Principios.....	60
 CAPÍTULO 4: INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	65
 CONCLUSIÓN	
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

Introducción.

El climaterio es el período de transición entre los últimos años de la etapa reproductiva y la vida post reproductiva, que se inicia con la desaparición progresiva de la función ovárica. Está marcado por la disminución gradual de la secreción estrogénica y diversas alteraciones hormonales relacionadas.

Estas alteraciones dan lugar a una serie de cambios orgánicos y Psicológicos, los cuales pueden llegar a ser tan significativos que constituyen una fuente importante de discapacidad y malestar.

El siguiente trabajo de investigación tiene el objetivo de dar a conocer a la mujer adulta, la edad que comprende la etapa de climaterio, los cambios fisiopatológicos y psicológicos que este ciclo puede traer así como también los cuidados y medidas que puede realizar para que estos síntomas sean menos frecuentes, también tiene el objetivo de lograr que se comprenda que este ciclo vital no significa que están entrando a la vejez, sino, que solamente es un período más de la vida y que tiene tratamientos para evitar caer en la desesperación y en la depresión.

Para ello, en el capítulo 1 se describe el planteamiento del problema dando paso a la pregunta de investigación el cual se construye partiendo de las características del sujeto de investigación, para posteriormente presentar la justificación, dándose a conocer de manera concreta, el objetivo de la indagación.

Posteriormente en el capítulo 2, se ilustra el marco teórico, el cual se realiza partiendo de las características particulares de las características del sujeto de investigación, en donde se presentarán a detalle, desde conceptualizaciones más comunes hasta las

referentes al tema que se postula y en base a estas se dará paso a describir climaterio, tratamiento y cuidados de enfermería.

En el capítulo 3, se presentara el alcance y diseño de la investigación, en donde se plasmara el método utilizado para dicha indagación. Posteriormente se hablara de los aspectos ético de la investigación y del código de ética por el cual se debe regir el personal de enfermería.

Para finalizar en el capítulo 4, se realizara comparación de datos, de acuerdo a lo que dice cada autor, rescatando semejanzas y diferencias, también se realizara una aportación desde el punto de vista de enfermería.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL CLIMATERIO

Síndrome climatérico un tema desconocido para la mayoría de la población a razón que las personas no se interesan por investigar qué es lo que lo causa, o porque ocurre esta sintomatología en la menopausia.

A través de la historia, las actitudes y creencias respecto al climaterio han variado ampliamente. El climaterio se ha considerado desde una enfermedad y un signo de decadencia en el siglo XIX hasta una etapa de liberación en la que finaliza la etapa fértil. La mayoría de las mujeres actualmente perciben la menopausia con alivio y sentimientos neutros o como una etapa de cambios positivos. Los estudios muestran que las diferentes actitudes y creencias hacia la menopausia se explican por la combinación de factores personales y culturales. En nuestro medio también se han observado actitudes similares.

El climaterio es una situación fisiológica que se ha venido estudiando, ya que en el pasado se consideraba que el climaterio era terminar con la vida de la mujer debido a los síntomas que se presentaban, los científicos de cada diferente época han demostrado que es una etapa más del ciclo evolutivo y que trae consigo una serie de manifestaciones clínicas.

A pesar de haber sido omitida y hasta subestimada tanto por las propias mujeres como también por muchos profesionales a través de diferentes épocas, la etapa del climaterio ha sido motivo de menciones históricas. Y de mayor interés aún para los investigadores. Son muy antiguas las citas que hay sobre los síntomas, las molestias propias de la mujer en esta etapa de la vida, que siempre alertaban y relacionaban de manera constante acerca del final de la vida reproductiva.

Ya desde épocas remotas se han conocido de los cambios que padecen las mujeres durante la etapa del climaterio y estas alteraciones se relacionaron con la desaparición de la función menstrual. Las primeras menciones sobre la mujer en climaterio, se hallan en los papiros egipcios, en los que se señala a las mujeres en etapa de climaterio como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban.

Hipócrates menciona en sus escritos el término de las menstruaciones, así como Aristóteles, en el año 322 antes de Cristo describió en su *Historia Animalium* que la menstruación termina alrededor de los 50 años. El *Corpus Hipocrática* se refiere en forma ambigua, en el tratado sobre la naturaleza de la mujer, a un cuadro de amenorrea que tanto podría corresponder al climaterio, como a una amenorrea instalada durante la etapa fértil. Aecio de Amida (siglo VI) refiere que la menstruación termina nunca antes de los 35 años y hacia los 50 años.

En el libro del Génesis y en el pasaje de la historia de Abraham y Sara, quienes reciben la visita de 3 ángeles que le prometen la posibilidad de recuperar la fertilidad perdida, ya que la estéril Sara es vieja y menopáusica, es otra alusión a esta etapa de la vida, vista desde la antigüedad. Así era considerado en el Génesis las pocas posibilidades de descendencia en las parejas que tenían 90 y 100 años.

Ella se alegra al asociar este hecho con el placer sexual. La voluntad divina, le confiere la capacidad de engendrar un nuevo hijo de Abraham. Aquí se destaca el carácter de lo sobrenatural del trato entre Dios, Abraham y Sara, que serán así los padres espirituales de toda una humanidad. La procreación posterior al climaterio señala la presencia de un vehículo moral entre Dios y los hombres más allá de la naturaleza.

Durante la edad media, las descripciones sobre el climaterio, fueron escasas y esporádicas. Se menciona en general a los ancianos, que en realidad no superaban los 40 años.

A partir del siglo XIV la mujer posmenopáusica pasó a ser considerada, la imagen de lo marchito, y la decrepitud relacionada con ella fue quedando atrás.

Todas las descripciones, tanto literarias como pictóricas de fines de la edad media y el renacimiento, identificaron a la mujer menopáusica con el aspecto claro de la bruja. Se le atribuyó a la mujer "vieja" propiedades maléficas, por lo que era odiada, y al mismo tiempo respetada y consultada por el saber acumulado a través de los años, sobre enfermedades, amores, remedios, pócimas y venenos. Un ejemplo de ello se refleja en la Celestina de la literatura española y la vieja Cañizares de "El Coloquio de los Perros" de Cervantes. La persecución en contra de las viejas posmenopáusicas brujas, recién concluyó después de un siglo.

En la época de la Revolución Francesa, en la cual el status de la mujer en la corte y en la sociedad dependía fundamentalmente de su apariencia, atractivo y capacidad sexual, el climaterio era considerado como un sinónimo de muerte social. Un autor describe la pérdida de esa manera: "Una mujer que adornaba anteriormente los círculos de la sociedad por su belleza busca ahora en vano los ojos de aquellos con quienes se encontraba".

Todavía en el pasado siglo XX, un autor de gran prestigio universal, como fue Sigmund Freud dijo acerca de las mujeres en esta etapa: "Son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas."sigmund se refería a los cambios constantes por los que pasa la mujer a lo largo de su vida pero específicamente en la etapa de climaterio son mas constantes estos cambios de humor ocasionado por las alteraciones de las hormonas.

A finales de la década de los años 40, también del pasado siglo, hacen su aparición en el escenario varios científicos que se convierten en los que fueron llamados los apóstoles del evangelio y que predicán acerca del estudio de la menopausia y su importancia para la salud de las mujeres, y disertan sobre el efecto provechoso de la terapia de reemplazo hormonal, fundamentalmente con estrógenos. Entre ellos se destacan Robert Benjamín

Greenblatt, pionero de la ginecología endocrinológica, y Fuller Albright, epítome del investigador clínico por excelencia, quienes demuestran por primera vez que los estrógenos ejercen una acción importante, no solamente en la esfera ginecológica, sino también fuera del aparato reproductivo. El profesor Greenblatt continuó hasta el fin de su brillante y pródiga existencia, que fue en el año 1987, difundiendo la manera de cómo una mujer en la posmenopausia puede mantener su dignidad y juventud.

Si bien estas referencias históricas aportan escasos datos sobre los síntomas y demás aspectos del período posmenopáusico, tienen el valor de contribuir a vislumbrar y enriquecer su significado histórico, cultural y antropológico, que tiene la importancia de resaltar el climaterio con el rol asignado a la mujer en cada sociedad y en el que influyen los valores culturales de sus comunidades.

Como se puede leer en nuestros antepasados no percibían el climaterio como una serie de cambios y en qué factores alteraban a la mujer, solamente sabían que existía, algunos lo vieron como un castigo divino por algún mal ocasionado, otros como el final de la vida social ya que la mujer se marchitaba o se hacía vieja, fue plasmado en escritos y en pinturas donde solamente se hablaba de el porqué le ocurría esto a la mujer y las características físicas que ella tenía.

La Secretaria de Salud realiza una guía de práctica clínica para establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentables en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición a personal de salud de los tres niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Actualizar la información científica disponible en relación a la atención integral del climaterio y menopausia.
- Homogeneizar recomendaciones en la atención integral del climaterio y menopausia de acuerdo a la información obtenida.

- Diagnóstico y tratamiento oportuno en los tres niveles de atención a la salud.
- Establecer los criterios de referencia y contra referencia en los niveles de atención.
- Realizar acciones específicas de tamizaje en la prevención del primer y segundo nivel de atención que impacte en el costo sanitario.

Lo que favorecerá la mejora en la afectividad, seguridad y calidad de atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y comunidades, que constituye el objeto central y la razón de ser de los servicios de salud.

En la actualidad se sigue con la investigación para lograr mejorar la calidad de vida en ciclo evolutivo de la mujer.

1.1 Planteamiento del Problema

El presente problema de investigación es:

¿Qué impacto tiene la etapa del climaterio en la mujer, y cómo afecta a la persona a nivel interpersonal qué papel comprende la fisiología en las actitudes y cambios emocionales?

Por lo general las mujeres en esta etapa de su vida suelen sentir los cambios y los síntomas del climaterio, pero no buscan atención médica, por pena o no tomar importancia, hasta que los síntomas se complican. Se considera que es importante que las mujeres conozcan estos cambios que pueden ocurrir en su organismo, se den cuenta que no es el final de la vida y pueden recibir una atención adecuada y a tiempo.

Como se puede observar en los antecedentes, son muy pocos los estudios que se han realizado, por lo tanto, considero que el principal problema es, no saber cual es el impacto que esto ocasiona en la mujer en relación a todo su entorno.

El equipo de salud se debe permitir escuchar a la mujer e indagar sobre los factores psicológicos, sociales, culturales, familiares, que la rodean y que afectan su diario vivir podrían darse cuenta que solo requiere ser escuchada, acogida e informada respecto de los cambios que ocurren en esta etapa de la vida.

1.2 Justificación

El climaterio es un tema de suma importancia desde el nivel social, cultural, psicológico y de salud, produciendo ciertos temores en las mujeres que se encuentran en la etapa. Es de interés conocer cómo se dan los cambios fisiológicos y psicológicos en esta fase del ciclo vital.

Este tema se ha seleccionado para considerar esta etapa ya que aunque la mujer este atravesando la misma etapa de su ciclo vital para cada una es diferente por su organismo y también desde el punto de vista psicológico.

El climaterio es una fase muy importante en las etapas evolutivas y personales en la mujer, es necesario conocer cuál es el conocimiento que la mujer conoce acerca de este ciclo, cómo afecta estos cambios en su entorno social.

La investigación está enfocada principalmente a investigar los cambios que el climaterio puede tener sobre las interacciones personales ocasionados por los cambios fisiológicos y psicológicos de este con el fin de ayudar a la comprensión del tema facilitando el descubrimiento de las fortalezas que la mujer posee para vivir en plenitud una fase muy importante en el ciclo evolutivo femenino.

Finalmente el interés es comprender cómo funciona esta etapa, de que manera se desenvuelve la mujer y conocer los cambios por los que ella atraviesa.

1.3 Objetivo General

Determinar cuáles son los principales síntomas del climaterio para que la mujer pueda identificar cuando se llega esta etapa de la vida y conocer cómo afecta en su vida personal.

1.3.1 Objetivos Específicos

- Identificar los principales cambios psicológicos.
- Investigar los efectos del climaterio en la mujer y la forma de afrontamiento que ella realiza.
- Asesorar sobre formas saludables para afrontar adecuadamente el climaterio y sobre las posibles manifestaciones clínicas que presenta esta etapa.
- Identificar la información que poseen las mujeres en esta etapa en relación con las posibles manifestaciones clínicas que presenta la etapa del Climaterio.
- Identificar la información que poseen las mujeres de esta etapa en acción con el estilo de vida a llevar durante la etapa del Climaterio.

1.4 Hipótesis

El climaterio como parte del ciclo evolutivo de la mujer por lo tanto ocasiona desajustes psicológicos sociales y emocionales que no identifica o comprende la mujer que pasa por esta etapa.

La enfermera al asesorar a la mujer que está en esta etapa puede ayudar a que afronte este ciclo positivamente.

Las mujeres en la etapa de menopausia tienden a sentir cambios físicos y emocionales los cuales son causas de conflictos en su entorno social y familiar sobre todo con la pareja.

El nivel interpersonal de la mujer suele decaer ya que la depresión en la que se encuentra en esta etapa le impide socializar y ejercer actividades sociales.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

Se pretende presentaran a detalle, desde conceptualizaciones más comunes de lo que es el climaterio hasta los síntomas, tratamientos, el papel que juega el personal de la salud y el autocuidado, para brindar el apoyo necesario, disminuir la sintomatología y recibir el tratamiento adecuado al tema que se postula.

2.1 Antecedentes del Estudio

Contreras, Toscano, Toronjo y Otros quienes llevaron a cabo una investigación titulada “Las Mujeres y la Menopausia: ¿Qué Saben?, ¿Qué Sienten?, ¿Qué Demandan?”, formularon como objetivo: Identificar los conocimientos, sentimientos y demandas que presentan las mujeres entre treinta y sesenta años.

La metodología empleada consistió en la Técnica de Grupo Focal con cuatro grupos de mujeres climatéricas, utilizando como instrumento de recolección de datos el cuestionario.

Los resultados demostraron la existencia de unos conocimientos incompletos, intuitivos y experienciales; la manifestación de sentimientos de evitación, miedo, inseguridad, desorientación y la necesidad expresada de una atención integral y global por parte del sistema sanitario, así como las demandas de mayor información sobre esta etapa, para las mujeres y para el resto de la sociedad.

Los autores recomiendan la reorientación de la atención hacia la prevención y promoción de la salud en mujeres en etapa climatérica con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

García, Toronjo, López y Otros (2005) realizaron una investigación titulada: “Educación para la Salud sobre Climaterio: Un Consenso sobre sus Contenidos”, cuyo objetivo fue: Definir los conocimientos normativos que deben poseer las mujeres sobre el climaterio para afrontar con éxito esta etapa.

El diseño de investigación estuvo conformado por la técnica Delphi para alcanzar un consenso en la materia con expertos en el ámbito nacional; se seleccionaron un total de cuarenta y tres profesionales del ámbito biológico, psicológico y social de la salud, con experiencia profesional en la problemática de la mujer en esta etapa, y los autores de libros, artículos, tesis doctorales u otros documentos escritos relacionados con el climaterio.

A través de tres envíos, se recolectó la información del 86.045 de los participantes 37 expertos (as) sobre los contenidos que la mujer debe poseer sobre el climaterio y el grado de importancia que se concede a cada uno de estos contenidos.

Los resultados demostraron que el marco conceptual sobre climaterio queda constituido por un total de ciento setenta y tres elementos conceptuales, estructurados en cuatro dimensiones: Aspectos biológicos (23.12), aspectos psicológicos y sociales (24.8%), riesgos de salud (10.98%), cuidados y actividades de prevención y promoción en el climaterio (41.04%), siendo esta última dimensión la que concentra un mayor porcentaje de contenidos de máxima relevancia (47.88% elementos conceptuales de nivel 1).

García, Martínez, Alfaro y Otros (2005), llevaron a cabo una investigación titulada: “Educación para la Salud: Repercusión de un Programa de Autoayuda en el Estado Psíquico de Mujeres Perimenopáusicas, cuyo objetivo fue establecer efecto producido por un Programa de Autoayuda en climaterio y menopausia sobre el estado psíquico de mujeres peri menopáusicas.

El estudio fue semiexperimental con grupo de comparación; participaron 106 mujeres entre 45 y 60, usuarias del Centro de Salud Zona IV, de las cuales 53 formaron parte del grupo de intervención y las 53 restantes fueron observadas como grupo control.

La investigación consistió en el desarrollo de un Programa Educativo sobre los cambios producidos en mujeres de edad media (biológicos, psicológicos y sociales), incluyendo ejercicios de actividad corporal, relajación y discusiones en grupo; la intervención dirigida a grupos de ocho a diez mujeres fue realizada por cuatro enfermeras en diez sesiones semanales de una hora de duración.

Las participantes fueron entrevistadas, recogiendo información sobre capacidad funcional, consumo de medicación, frecuentación y datos socio demográfico. El estado de bienestar psíquico se evaluó mediante el Cuestionario de Salud de Goldberg antes y después de realizarse la intervención.

Al inicio, 72 mujeres (70 .5%) presentaron un probable trastorno mental, sin diferencia estadísticamente significativa al comparar esta proporción en ambos grupos; circunstancias como categorías social inferior, familiares a su cargo, mayor utilización de las consultas, superior consumo de medicamentos y más elevada incapacidad funcional estuvieron asociadas a una más alta prevalencia de malestar psíquico.

En los antecedentes de estudio se puede observar que diferentes autores han realizado investigaciones, para identificar los principales síntomas y cuáles son los que afectan más el entorno de la mujer. Se tomaron en cuenta mujeres de distintos países y de diferentes edades con el objetivo de identificar si hay diferencias en los resultados y establecer programas de ayuda.

2.2 Bases Teóricas

Climaterio: Proviene del griego *clímax* que significa Cumbre, escalón, terminación del ascenso e inicio del descenso.

Según la Sociedad Internacional de Menopausia (1996) se aceptó en el primer Congreso Internacional de Menopausia en Francia la definición de climaterio como el “Periodo de transición de un estado reproductivo a uno no reproductivo”.

En el mismo Congreso se definió la Menopausia como el último periodo menstrual, como resultado de la pérdida de la función ovárica, un evento que sucede durante el climaterio y se caracteriza por una amenorrea fisiológica permanente de hasta un año.

El climaterio es un fenómeno que se caracteriza por ser un síndrome, pero no siempre está asociado con síntomas, cuando estos ocurren se designa “Síndrome Climaterico”, ocurriendo un determinado tiempo como senescencia reproductiva la cual se inicia hacia los 30 y 35 y continúa durante toda la vida y en ella predomina la disminución de estrógenos y progesterona hasta el punto en que la menstruación termina y se inicia la menopausia.

El concepto menopausia es una enfermedad o una endocrinopatía climaterica debe ser descartada ya que es un proceso normal y natural que se lleva a cabo en la mujer en el transcurrir de su vida. La ausencia de las hormonas ováricas ocasiona la suspensión de la menstruación. La amenorrea puede estar precedida por irregularidades menstruales aunque se ha señalado que solo 10% de las mujeres dejan de menstruar sin tener irregularidades previas.

La diferencia entre menopausia y climaterio, para Ortuño (2005) es: La primera indica la última menstruación, es decir el momento del cambio del estado funcional a la pérdida de la actividad del ovario. Climaterio se refiere a los cambios biológicos y psicológicos asociados con la menopausia, siendo este evento puramente hormonal.

Siendo así el Climaterio la etapa transicional amplia, que incluye los cambios de la fisiología del ovario en la instalación gradual del proceso de senescencia y se considera que inicia cuatro años antes del cese de la menstruación. La postmenopausia correspondería a los años posteriores a la menopausia.

El climaterio es un periodo de la vida de la mujer en la que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva e importantes cambios en la secreción de hormonas sexuales, que condicionan modificaciones importantes no sólo en el tracto genital, sino en otros lugares del organismo.

Definido así el climaterio, la menopausia es sólo un signo más del conjunto de fenómenos que definen el climaterio, si bien es, sin duda, el más importante.

2.2.1 Periodos del Climaterio

Ortuño refiere que el climaterio ha sido arbitrariamente dividido en: Climaterio temprano; 35 y 45 años, Climaterio peri menopáusico 46 y 55, Climaterio tardío; 56 y 65 años.

Entre los factores que tiene efecto verdadero sobre la edad de inicio del Climaterio se encuentra el tabaquismo, el cual la precipita hasta dos años: ya que favorece la inactivación de los estrógenos por activación de la hidroxilación hepática. Después de los cincuenta (50) años de edad, las mujeres sufren cambios provocados por procesos difíciles de separar: La pérdida de esteroides ováricos, la senectud efecto acumulativo de la morbilidad de enfermedades crónicas, degenerativas, metabólicas y tumorales.

Es importante, mencionar que el Climaterio es un proceso fisiológico e involutivo que precede a la senectud a diferencia del envejecimiento el cual es un proceso constante a comparación del Climaterio que es solo una etapa de transición y la senectud es una época de regresión.

2.3 Endocrinología del Climaterio

El patrón hormonal del climaterio consiste en un descenso de los niveles de estrógenos y un aumento de los niveles de gonadotrofinas. Unos años antes de cesar la menstruación, hacia los 40 años aproximadamente, la ovulación falla y aparecen frecuentes ciclos anovuladores.

Falta, por tanto, la función del cuerpo lúteo y la producción de progesterona. Primero este fallo aparece esporádicamente, entre una serie de ciclos ovulatorios, pero luego, cada vez se van haciendo más frecuentes estos fallos de la ovulación y terminan siendo casi la norma.

Los principales acontecimientos que condicionan el climaterio son:

1.-Agotamiento de los folículos primordiales de los ovarios o ausencia de folículos primordiales capaces de responder a estímulos de las hormonas folículo estimulantes (FSH) y luteinizantes (LH).

2.-Como consecuencia de lo anterior se produce una importante caída de la secreción de estrógenos. Así el estradiol el más importante estrógeno ovárico desciende a niveles aproximadamente más bajo unas 7-8 veces menos que en el ciclo menstrual normal.

Este hecho se comprende bien si se tiene en cuenta que en la vida reproductiva el 95% del estradiol se produce en el ovario y solo el 5% procede de la conversión periférica de la conversión periférica de testosterona y estrona.

3.-La estrona pasa a ser el estrógeno más importante. La estrona se origina fundamentalmente en la periferia a partir de la androstenodiona, que es producida en la estroma ovárica y en los restos de la teca que aún persisten, pero la suprarrenal también aporta andrógenos para la conversión periférica, fundamentalmente la androstenodiona, aunque es importante señalar que la producción esteroidea de la suprarrenal en el climaterio no se modifica sustancialmente. Se ha señalado una relación directa entre los estrógenos circulantes y el peso corporal en el climaterio.

4.-Los andrógenos androstenediona y testosterona siguen produciéndose en los ovarios de la mujer climática, producción que tiene lugar en la estroma y en los restos de la teca, aunque la cantidad disminuye.

5.-La producción de progesterona es muy baja, semejante a la producida en la primera mitad del ciclo de la mujer sexualmente madura.

6.-Las hormonas gonadotropas hipofisarias FSH y LH están elevadas. Esta incrementación está condicionada por la pérdida del efecto feedback negativo, que los estrógenos y la progesterona ejercen sobre la liberación de la FSH y LH. También en el incremento de la FSH actúa la disminución de la producción de inhibina a partir de las células de la granulosa que, como es sabido, tiene una acción selectiva de supresión de la secreción de FSH.

El incremento de la secreción de FSH precede el aumento de la LH, de forma que el descenso de los niveles de estradiol y el aumento de niveles de FSH constituyen la modificación endocrina más precoz del climaterio. Los niveles séricos de la gonadotropina alcanzan valores 10 veces superiores a los hallados en la mitad del ciclo para la LH.

7.-La prolactina está discretamente disminuida en la mujer climática probablemente por el descenso de estrógenos; en cambio, el resto de las hormonas hipofisarias experimentan alteraciones significativas después del climaterio.

8.-La hormona hipotalámica GnRH está aumentada en el climaterio. El acontecimiento más importante del climaterio es el descenso de la producción de estrógenos; la mayoría de los restantes hechos señalados son consecuencia de la caída de los niveles de estrógenos.

Existe un agotamiento de los folículos primordiales de los ovarios que se hacen incapaces de responder a las hormonas folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH). Hecho que domina el cuadro clínico dentro del Climaterio.

Es necesario puntualizar que si bien hay parámetros claros para fijar cuando es el comienzo del Climaterio, no los hay tantos en la bibliografía mundial para conocer cuál es el fin de esta etapa. Parecería ser que los elementos para evacuar el comienzo del Climaterio son de predominio biológico y los elementos para fijar los límites terminales están en el ámbito de lo psicosocial.

Con respecto al comienzo Carranza refiere: Se puede considerar que el Climaterio puede dividirse en dos etapas: Una premenopausica que antecede en años a la última menstruación o menopausia, y otra posmenopáusica que subsigue a la última menstruación durante un lapso determinado de años”.

El comienzo de esta etapa climatérica tiene como lectura clínica más común los trastornos del ciclo que aparecen en términos generales a partir de los 41 o 42 años. Pero, se puede afirmar que ya a partir de los 35 años hay modificaciones en la calidad y cantidad de las gonadotropinas, así como en las características cualitativas de la foliculogénesis. Parecería que un grupo de mujeres, a partir de los treinta y cinco (35) años, tiene cambios bioquímicos, solamente conocibles por medio del monitoreo del ciclo, sin manifestación clínica, que ya nos habla de algún déficit en las características del eje reproductivo.

Sin embargo, existen otros parámetros para limitar la edad del Climaterio y ese parámetro ya no surge de la investigación médica o de la manifestación clínica sino que surge de la propia paciente que en su diálogo con el personal de salud expresa desde el punto de vista familiar, social, psicológico, o aun sintomatológico, que ya pertenece más a esta etapa de la vida.

Cuando la Enfermera (o) pregunta a la mujer de 35 a 45 años respecto a los sofocos, las palpitaciones, las parestesias o al nerviosismo y la mujer responde que eso ya pasó, que ahora está en otra cosa, es decir, que la paciente se ha reinsertado a sí misma en una nueva etapa de la vida no sólo porque puede ya no presentar sofocos sino porque su evolución desde el punto de vista psicosexual, social o familiar hace que ella misma se

desintegre de ese núcleo de mujer en etapa de Climaterio, para ubicarse en una nueva etapa, generalmente no calificada por la propia paciente.

2.4 Posibles Manifestaciones Clínicas

El cuadro clínico del climaterio esta originado, directa o indirectamente, por la disminución de estrógenos. Existen fundamentalmente dos tipos de síntomas: unos, locales o genitales, inducidos por la atrofia, y otros de tipo general.

2.4.1 Síntomas Locales

El ovario experimenta cambios muy importantes en esta época de la vida. Disminuye de tamaño y llega a alcanzar dimensiones inferiores al tamaño de una almendra. Su superficie es rugosa, al corte no se observan formaciones quísticas y muestra un aspecto fibroso.

Histológicamente no se observan formaciones de tipo folicular. La estrona contiene numerosas masas hialinas y fibrosas que constituyen restos de cuerpo albicans y folículos atresicos. Estos cambios son lentos y constituyen la base morfológica primordial del climaterio.

El epitelio que reviste la vulva y la vagina se adelgaza considerablemente y queda reducido a escasas hileras de células. Se observa además una serie de cambios regresivos. Disminuye la grasa de la dermis de la vulva, a la vez que el vello, y puede reducirse el calibre del introito vulvar.

La vagina es corta, desaparecen los fondos de saco vaginales y disminuye la secreción, que puede aumentar el pH y tornarse alcalina.

El útero experimenta igualmente una serie de cambios regresivos. Disminuye el tamaño, pero las modificaciones más importantes tienen lugar en el endometrio, que se adelgaza y atrofia, lo que constituye la base morfológica de los trastornos menstruales del climaterio.

En el cuello uterino, el límite entre el epitelio escamoso y el cilíndrico, o zona de escamosocilíndrica, se desplaza hacia dentro del conducto endocervical y la secreción disminuye. También la uretra, particularmente en su tercio externo, y la zona del trígono de la vejiga experimentan cambios regresivos importantes.

Todos estos cambios descritos pueden originar dispareunia y prurito vulvar, y favorecer la aparición de infecciones, como vulvitis, vaginitis, cervicitis, endometritis, uretritis y cistitis. La atrofia afecta también todos los medios de sustentación de los órganos pelvianos, tanto músculos como ligamentos. Por ello, son más frecuentes los prolapsos genitales.

2.4.2 Síntomas Generales

Inestabilidad vasomotriz. Aparece una sensación de calor que asciende desde el tórax al cuello y a la cara y va seguida de sudoración y en ocasiones se acompaña de enrojecimiento. Estas crisis vasomotoras tienen una duración variable, entre unos segundos y una hora.

También varía mucho la frecuencia de estas crisis, entre dos o tres al día y varias en una hora. Algunas mujeres se quejan de la aparición de estos trastornos ya que durante la noche las desvela.

El síndrome vasomotor, en particular los bochornos, es la causa más común de consulta durante esta etapa. Está compuesto por síntomas que incluyen sudoraciones frías, sudoraciones nocturnas y alteraciones del sueño. Los bochornos son uno de muchos

síntomas que padece la mujer en el climaterio y en los años posteriores; es el síntoma mas conocido y el que le da la identidad al climaterio.

Los síntomas vasomotores afectan en forma importante la calidad de vida, con repercusión en el entorno personal, familiar y laboral.

Al momento de interrogar a la paciente es importante integrar el cuadro clínico del síndrome vasomotor e identificar los bochornos y demás componentes como: mareos, sudoraciones y alteraciones del ritmo cardiaco.

Las sofocaciones pueden considerarse como una perdida intermitente del control vasomotor periférico (Brincat y cols, 184); aparecen en el 75-85 % de las mujeres climatéricas, las sofocaciones pueden aparecer unos años antes de la ultima menstruación y en el 45% de los casos aproximadamente persisten entre 5-10 años después.

Los síntomas vasomotores se originan directamente por el descenso de los estrógenos aunque la mayoría de los investigadores no han encontrado correlación entre los niveles de estrógeno circulantes y la aparición de sofocaciones en el climaterio. Aunque se acepta que la caída de los estrógenos es la causa desencadenante de los síntomas vasomotores, no se conoce con exactitud el mecanismo por el cual se originan estos síntomas.

Se sabe que las neuronas, que contienen hormonas liberadoras de gonadotrofina, están situadas en el hipotálamo anterior y en el núcleo arqueado, y se encuentra muy próximo a los centros de termorregulación situados también en el lado anterior del hipotálamo, y se supone que probablemente los mismos estímulos originan simultáneamente el pulso de producción de hormona liberadora de gonadotrofina y el flujo de calor.

Por otra parte, se han encontrado en el hipotálamo anterior receptores de estrógenos y de progesterona; además, se sabe que el hipotálamo anterior inerva al ganglio cervical superior (Moore, 1978), que comprende la distribución de las sofocaciones.

Se supone que los productores de los estímulos comunes que originan el flujo vasomotor de calor y el pulso de hormona liberadora de gonadotropina y de LH, serán los neurotransmisores. La caída de los estrógenos iniciaría cambios en el sistema nervioso central, a nivel del hipotálamo anterior, produciéndose un desequilibrio de los neurotransmisores, particularmente las catecolaminas y los opiáceos endógenos, y estos serían los responsables de los síntomas vasomotores y también de la liberación anormal de neuropeptidos hipotalámicos.

2.4.3 Otros síntomas

Son relativamente frecuentes las cefalalgias, parestesias, insomnio y dolores sin causas orgánicas.

Las células neurales alcanzan la madurez y dejan de dividirse. Conforme ocurren las etapas, el cerebro pierde 5 a 10% de su peso bruto, mientras el número total de células se reduce en 20 a 50%. En las células cerebrales hay disminución de la capacidad funcional, con deceleración importante de la transmisión de impulsos entre neuronas, al tiempo que permanece normal la despolarización intraneuronal.

Además, el riego sanguíneo cerebral disminuye en 30 a 40%, lo que no se relaciona con cambios de las funciones cognoscitivas. En todas las personas ocurre cierto deterioro de la memoria de acontecimientos recientes, incluso en ausencia de enfermedades cerebrales orgánicas. Otros cambios son las dificultades de termorregulación, visión, audición, olfacción gusto y tacto. (James R. Scott)

Todos estos síntomas y signos tienen remedio y mucho del daño ocasionado puede detenerse y hasta revertirse, ya que cada mujer puede influir en cómo vive su futuro informándose y tomando parte activa del cuidado de su salud, siempre orientada por su médico.

2.4.4 Acentuación o Aparición de Osteoporosis

El descenso de estrógenos parece desempeñar un papel importante en la aparición y agravamiento de la osteoporosis. Los estrógenos desempeñan una importante acción sobre la densidad del hueso. La caída de los estrógenos, producida en el climaterio conduce a un balance negativo de calcio y a una pérdida de hueso.

Esta aceleración de la pérdida de hueso se prolonga durante un periodo de 8 a 10 años después de la menopausia y se supone que en este periodo del climaterio se pierde entre 10-15 % de la cortical y el 15-20 % de la trabecular del hueso.

La pérdida de calcio del hueso disminuye la secreción de hormona paratiroidea y conduce un descenso de la producción de 1,25-hidroxivitamina D y la disminución de la absorción del calcio.

Sin embargo no se conoce porque solo algunas mujeres presentan osteoporosis y solo entre un 5-10 % tienen fracturas vertebrales. No se ha encontrado diferencias en los niveles de estrógenos y otras hormonas esteroideas entre estas mujeres que muestran osteoporosis y las que no presentan. (Davidson y cols. 1983); en cambio, sí parece que el periodo de aumento de pérdida de hueso, que habitualmente es de 8-10 años, en las mujeres que desarrollan osteoporosis, es más prolongado. La experiencia ha demostrado que la administración de estrógenos es de gran eficacia en la prevención y en el tratamiento de la osteoporosis.

2.4.5 Frecuencia de la Aterosclerosis y de Infarto al Miocardio

La enfermedad cardiovascular es una causa importante de muerte en la mujer, que supera las tasas de mortalidad por cáncer y por otras enfermedades. Los estudios epidemiológicos demuestran un aumento de enfermedades cardiovasculares con el avance de la edad (Kannel y Cols. 1976), así como un incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular después de la menopausia coincidiendo con el déficit estrogénico. La enfermedad cardiovascular en la mujer antes del climaterio es menos frecuente que en el hombre en una relación 3/9 y posteriormente, al avanzar la edad tienden a igualarse, lo que se consigue a la edad de 70 años.

Los datos epidemiológicos sugieren que el responsable del aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular es el colesterol. Antes del climaterio las mujeres tienen más bajo las cifras de colesterol que el hombre, pero sus niveles aumentan sustancialmente con el comienzo del climaterio y se incrementan con la edad más que en el hombre.

Se supone que uno de los mecanismos de acción de los estrógenos sobre el colesterol para ejercer el efecto cardioprotector se originan por las modificaciones que aquellos ejercen sobre las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y las de alta densidad (HDL).

Las LDL y las lipoproteínas de intermedia densidad (IDL) ejercen una importante acción aterogénica sobre la pared vascular, incrementando el riesgo de enfermedad cardiovascular. Una tasa baja de HDL se acompaña de un aumento de enfermedad coronaria. Los estrógenos ejercen su acción beneficiosa disminuyendo las LDL y aumentando las HDL.

Recientemente se ha demostrado que los estrógenos tienen una acción directa sobre la pared vascular, aumentando el riego vascular por vasodilatación (Whitehead, 1978). Se supone que los estrógenos aumentan en el endotelio la producción de óxido nítrico, que antes era denominado factor relajante derivado del endotelio y que causa vasodilatación.

Por otra parte se ha demostrado que los estrógenos protegen contra la arterioesclerosis y que los gestágenos no contrarrestan esta acción. También se ha supuesto que los estrógenos estimulan la producción de prostaglandinas en las células endoteliales que tienen propiedades vasodilatadoras.

La acción favorable de los estrógenos sobre la enfermedad vascular se realiza, por tanto, a través de diversos mecanismos.

2.4.6 Acción Sobre la Piel

Se disminuye el grosor de la piel y el contenido de colágeno en esta. Todos los síntomas señalados varían extraordinariamente tanto en número como en intensidad y duración. Existen mujeres en las que los síntomas se inician antes del cese de la menstruación. En otras por contrario no comienzan hasta después de la menopausia. Hay mujeres que padecen algunas crisis de sofocos de escasa duración y de poca frecuencia. Por el contrario, otras mujeres padecen crisis vasomotoras muy frecuentes y de larga duración durante un periodo muy prolongado.

La rapidez o lentitud de la caída de los estrógenos influyen en la intensidad y duración de los síntomas. También las condiciones personales y ambientales de adaptación a esta época de la vida influyen en el cuadro clínico. Cuanto mejor sea el ajuste, la sintomatología será más moderada.

2.5 Alteraciones Psicológicas

Los estrógenos inducen plasticidad sináptica, que es evidente en la pubertad y durante el ciclo ovárico. Las redes neuronales ponen factores endógenos y ambientales que remodelan los circuitos, esto se demostró en el hipotálamo, hipocampo y corteza, áreas que reaccionan a la deficiencia estrogénica y a la terapia de reemplazo hormonal o terapia estrogénica. El contenido y distribución de los receptores esteroides cerebrales cambian a lo largo de la vida. Los estrógenos tienen múltiples efectos en el cerebro, todos en el potencial de mejorar el conocimiento y beneficiar el buen humor.

Las concentraciones estrogénicas bajas pueden tener efectos adversos en el humor. Los síntomas psíquicos son muy variables, tanto en intensidad como en duración los más frecuentes son: irritabilidad, depresión, ansiedad, melancolía, pérdida de la concentración, disminución de la libido una vez y aumento en otras.

2.5.1 Cambios Relevantes Psicosociales

En el aspecto psicológico las manifestaciones clínicas están regidas según Álvarez (1996): “Acciones en el ánimo, irritabilidad, insomnio, ansiedad, cefaleas” Estos síntomas no se deben solo al descenso del nivel de estrógenos, sino también de otros factores individuales propios de cada mujer y socio culturales.

Las mujeres en esta etapa de la vida experimentan diversas pérdidas que están relacionadas con los ideales de la feminidad, como la pérdida de la capacidad de ser madre, pérdida del rol materno, alejamiento de los hijos de la casa. También estos síntomas pueden ser vividos de forma positiva: desaparece el temor de embarazo, la mayoría de edad de los hijos hacen que el trabajo doméstico sea menor y se dispone de más tiempo para dedicarlo a otro tipo de actividades.

Para poder comprender toda la sintomatología que se le ha atribuido al Climaterio, se debe ver este como un fenómeno que ocurre en el desarrollo del ciclo vital normal de la mujer, durante la etapa de la adultez madura. Igualmente esta persona debe ser observada en un contexto integral, es decir teniendo en cuenta los aspectos biológicos-psicológicos-sociales y familiares ubicados dentro de la cultura a la cual pertenece.

En la cultura occidental de la mujer en el momento del Climaterio y menopausia pierde estatus, mientras en la mayoría de los países orientales gana estatus y reconocimiento en su comunidad. La observación anterior ha llevado a pensar a muchos autores que el mal llamado (Síndrome Climatérico) corresponde más a una construcción cultural que a una realidad biológica.

El aumento notorio en la expectativa de vida exige un mayor conocimiento, no solo de la etapa de la vejez sino de la mujer adulta la cual en el momento actual pasa 30-40% de su vida en el periodo posmenopáusico.

Al referirse a la edad madura se habla de la edad comprendida entre los 45 y 60 años, independiente del sexo, sin que existan fenómenos fisiológicos que la definan claramente; como si suceden en los periodos tempranos de la vida. Es entonces una definición que tiene que ver más con referentes psicosociales y psicodinámicas; es el momento culminante de la vida lleno de responsabilidad, seriedad y desafíos con sentimientos de gozos; la crianza de los hijos dejan de ocupar un lugar prioritario; ocupación o la profesión se encuentran en la máxima productividad; hay creatividad, continuando el crecimiento y el desarrollo; se separa y se trasciende a la vejez.

Los cambios más específicos y relevantes en la edad madura en la mujer, se deben revisar para lograr en este contexto, entender el fenómeno del Climaterio y la menopausia, entre estos cambios se tiene según Ortuño los siguientes:

A) Aspecto Familiares: el síndrome del “nido vacío”, del cual se habla cuando las mujeres han centrado sus vidas en las capacidades de crianza, cada vez es menos común y no es un evento universal. Es la oportunidad de revitalizar la relación de pareja, si esta ha sido funcional. Hay mayor cercanía sexual. Si la pareja ha sido disfuncional, puede aumentar las posibilidades de divorcio. La viudez es otro evento doloroso frecuente en esta edad, aunque evidentemente tampoco es universal. Cuando ello ocurre debe realizarse readaptaciones en los roles, al interior de la familia.

B) Aspectos Económicos: existe un aumento de la carga financiera; debe responder por los mayores y menores del grupo familiar e igualmente hay que acumular recursos para propia vejez; paralelamente existen menos posibilidades laborales y de capacitación profesional.

C) Aspectos Sociales: los roles sociales tienden a volverse rígidos, hay menos opciones. A la mujer se le exige belleza física con los parámetros de la juventud; se le exige el “disfraz menopausico”, negándosele expresar sus sentimientos y sexualidad. Lo cual refuerza el sentimiento de escisión entre su cuerpo y su yo. En los casos en que la mujer madura tiene más estatus, hay menor adaptabilidad social.

D) Aspectos Psicológicos: tanto el hombre como la mujer deben realizar mecanismos sanos adaptativos a los cambios corporales, familiares, económicos y sociales enunciados anteriormente. En la mujer con el climaterio y la menopausia se pierde la capacidad de procrear, lo cual conjuntamente con la crianza y la belleza física, juegan papel importante en la identidad femenina, que se ve seriamente amenazada en este momento;

afortunadamente el desarrollo personal, profesional y laboral ya empiezan a ser fuentes importantes de autoafirmación en la mujer, así como lo es, en forma marcada en el hombre.

Sigmund Freud caracterizó a las mujeres menopáusicas como: “pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales-neuróticas”. Wilson se hizo eco de tal opinión al afirmar: “el síndrome climaterico se basa en una desorientación errática de todo el estado de ánimo de la mujer”. Sin embargo, son pocos los datos indicativos de que la falta de estrógenos cause enfermedades psiquiátricas. (James R. Scott, 1994)

El insomnio y fatiga afectan hasta 30 a 40% de las postmenopausicas, y podrían relacionarse con deficiencia de estrógenos. Los bochornos y periodos de vigilia guardan relación cronológica estrecha. Por tanto, muchas postmenopausicas sufren insomnio crónico. En dos estudios doble ciego se comprobó que el insomnio disminuye en forma específica con la estrogenoterapia.

Los estrógenos contrarrestarían la depresión por su efecto en el metabolismo de las catecolaminas. Klaiber y cols mostraron aumento de la actividad plasmática de la monoaminoxidasa en mujeres tratadas a causa de depresión que recibieron 5 a 20 mg/día de estrógenos conjugados. Los estrógenos también modifican el metabolismo de dopamina y serotonina, efectos que podrían indicar porqué los estrógenos son un “tónico mental” contra algunas enfermedades depresivas en menopáusicas. (James R. Scott, 1994)

2.6 Sexualidad

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

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

Esta muy generalizada la opinión de que “la actividad sexual no importa” en la edad avanzada. Sin embargo, en un estudio de la actividad sexual de mujeres de 50 a 69 años que vivían solas, tanto las que habían estado casadas como las que nunca lo estuvieron tenían actividad sexual evidente, que incluyó masturbación (59 y 44%, respectivamente), coito (37 y 25%) y sueños orgásmicos (35 y 52%).

Masters y Johnson comprobaron que en postmenopausicas son menores el aumento vasocongestivo del tamaño de los senos durante la fase de excitación, las contradicciones miotónicas generalizadas, el rubor sexual, la lubricación vaginal y la expansión del a vagina.

La diferencia de estrógenos se ha propuesto como causa de esta disminución de la respuesta sexual y de la libido. Se plantea que la falta de interés en la relación sexual a veces es consecuencia de la dispareunia resultante de atrofia de la mucosa vaginal, estrecheces del introito y reducción de la distensibilidad de la vagina. Sin embargo, la dispareunia afecta únicamente a menos de 8% de las postmenopausicas.

Además, la ovariectomía en premenopáusicas no parece afectar a la libido, a menos que también se extirpe el útero. No se tienen datos que sustenten directamente la falta de hormonas como causa de disminución de la respuesta sexual. Dean resume de modo satisfactorio la disminución del apetito sexual pos menopáusico como uno de tipo circunstancial, no potencial. (James R. Scott, 1994).

2.7 Esfera Cognitiva

Con la edad existe una disminución progresiva de la capacidad cognitiva, que varía ampliamente entre las personas. Los determinantes de esta variabilidad son inciertos pero parece que las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer que los hombres.

A pesar de que las mujeres desarrollan demencia con mayor frecuencia debido a su mayor longevidad, la incidencia específica por edad también muestra tasas superiores entre las mujeres. Aunque se ha sugerido que el déficit de estrógenos podría proteger a la mujer frente al deterioro cognitivo y la demencia, no se ha encontrado una asociación directa con el climaterio.

Los estudios poblacionales han mostrado resultados inconsistentes y los longitudinales no han encontrado asociación entre la menopausia y la disminución de la capacidad cognitiva (dificultad de concentración y pérdida de memoria)

2.8 Tratamiento

El climaterio constituye una etapa fisiológica en la vida sexual y reproductiva de la mujer. Por ello parece paradójico hablar de tratamiento en estas condiciones. Sin embargo, se ha expuesto que frecuentemente aparecen síntomas que resultan muy molestos para la mujer, y que así mismo es frecuente la aparición de complicaciones localizadas en el aparato genital o de tipo general. Parece por tanto, intentar:

- A) El tratamiento de los síntomas indeseables.
- B) Prevenir las posibles complicaciones. Consecuentemente con estas ideas existen dos tendencias:

- Instituir tratamiento solamente cuando hay síntoma: sofocos, sudoración, insomnio, osteoporosis, vaginitis, vulvitis, depresión y ansiedad.
- Tratar prácticamente a toda mujer en esta edad con finalidad profiláctica mediante una terapéutica hormonal sustitutiva a base de estrógenos. Ya expusimos anteriormente como el descenso de estrógenos se considera el origen de la mayoría de los trastornos que aparecen en esta etapa.

2.8.1 Indicaciones del Tratamiento Hormonal Sustitutivo con Estrógenos

Se calcula que más de 90% de los estrógenos circulantes están unidos a una proteína portadora. Casi 38% del estradiol lo está a la globulina ligadora de hormonas sexuales, 60% a la albúmina, y el 2% restante, libre en la circulación.

La globulina mencionada se produce en el hígado y tiene un sitio receptor por molécula. Estradiol, testosterona y 5 α -dihidrotestosterona compiten por dicho sitio receptor, con razón de afinidad cercana. La albúmina posee afinidad por estrona, sulfato de estrona y Estriol, mayor que por estradiol.

Los estrógenos libres son la forma biológicamente activa de las hormonas. La concentración de hormonas libres depende de los valores totales, concentración de la globulina ligadora de hormonas sexuales e índice de depuración metabólica.

Este último para un esteroide dado es inversamente proporcional a la magnitud de su unión con proteínas. Por tanto, la globulina ligadora de hormonas sexuales tiene función decisiva en la cantidad de hormonas libres que llega a los tejidos. (James R. Scott, 1994).

La cantidad de hormonas libres a que se ven expuestos los tejidos varía de uno a otro, por lo que es difícil elaborar tablas de potencia. La potencia de un estrógeno dado varía según el sistema de evaluación empleado. Por ejemplo, el dietilestilbestrol es un

estrógeno potente y se evaluara con base en su capacidad de cornificar la vagina de ratones hembra, y débil conforme a su efecto inhibitorio e la secreción de LH. (James, R Scott, 1994).

Son numerosos los preparados de estrógenos disponibles en clínica. La comparación de las potencias biológicas en mujeres se dificulta porque no se tiene un solo bioanálisis uniforme y porque las variaciones de dosis, vía y frecuencia de administración hacen que un estrógeno débil se vuelva potente.

La potencia de estrógenos en mujeres se analiza con base en los cambios del índice de maduración, proliferación endometrial y cristalización en helecho del moco cervical. Se logran efectos biológicos similares con 5 mg de estradiol, igual dosis de dietilestilbestrol, 3.75 mg de estrógenos conjugados equinos, 0.08 mg de mestranol y 0.05 mg de etinilestradiol. (James. R Scott, 1994).

En Estados Unidos los estrógenos conjugados equinos son los más prescritos en la hormonoterapia de reposición. Se obtienen de la orina de yeguas preñadas y contienen 48% del sulfato de estrona, 20% de sulfato de equilina y 15% de sulfato de 17 α -dihidriequilina, además de concentraciones menores de muchos otros estrógenos conjugados.

El principal estrógeno circulante en mujeres que reciben estrógenos conjugados es la equilina. En mujeres, esta sustancia es a la vez potente y de acción prolongada. De conformidad con el bioanálisis del peso uterino en ratones hembra, las potencias relativas del dietilestilbestrol y los sulfatos de equilina y de estrona es de 2.5 y 0.4%, respectivamente. (James R. Scott, 1994)

A la fecha no se tienen datos de que la equilina produzca efectos nocivos en mujeres, además de los inherentes a todos los estrógenos. En un artículo, publicado hace algunos años por investigadores que administraron sulfato de equilina, se señala que la equilina es el principal mediador del cambio de los lípidos plasmáticos relacionado con la

administración de estrógenos conjugados equinos por vía oral. Las gonadotrofinas suprimen con apenas 0.3 mg de ellos.

En postmenopausicas, 1.25mg/día de estrógenos conjugados equinos no suprimen la LH y FSH hasta los valores premenopausicos normales. Una posible explicación de este fenómeno es que se requieren otras sustancias, como la inhibina, para la supresión completa, lo que pone de relieve el problema de vigilar la idoneidad de la hormonoterapia por cuantificación de la FSH. La magnitud de la supresión de esta depende del tipo de estrógeno administrado, tiempo transcurrido desde a ultima dosis y magnitud de la dosis misma. (James R. Scott, 1994)

Deben tratarse a las siguientes mujeres:

1. Menopausia precoz:
2. Menopausia precoz de origen quirúrgico.
3. Mujeres con síntomas climatéricos.
4. Profilaxis de la osteoporosis.

Estradiol, estrona o Estriol son opciones razonables en la hormonoterapia de reposición. Sin embargo, son casi insolubles en agua y los metaboliza con rapidez la mucosa gastrointestinal, por lo que es necesaria la esterificación o administración en forma sulfatada para su absorción por vía oral. En el pasado la micronización (es decir, el proceso de disminuir el tamaño de las partículas de estradiol al punto de hacer posible su absorción gastrointestinal) fue la única manera sencilla de administrarlo.

Los estrógenos se absorben satisfactoriamente de las mucosas, en particular de la vagina, donde su administración produce concentraciones fisiológicas. El empleo de estrógenos vaginales causan estimulación endometrial, y todas las contraindicaciones del empleo de estrógenos son validas para su aplicación en dicho órgano.

Hace algunos años se puso a la venta en Estados Unidos un producto para la administración transdérmica de 17β -estradiol. Está disponible en dos dosis, de 0.05 y 0.1 mg. El estradiol transdérmico permite lograr un cambio de 40 a 80 pg/ml respecto de los valores iniciales de referencia. El parche transdérmico se sustituye cada tres días. Hay fluctuación en valores cercanos fisiológicos en usuarias del parche, además de que no se logra con facilidad el equilibrio dinámico absoluto.

Con base en lo anterior, los valores fisiológicos de estrógenos se logran con preparados diversos que se administran por diferentes vías. Con excepción de los productos transdérmicos o intravaginales de estradiol, los valores de estrona son mayores que los de estradiol.

Se desconoce la importancia clínica de revertir el cociente de estrona/estradiol. Al la fecha no se tiene datos de que un tipo de estrógeno sea terapéuticamente mejor que otro, o que con uno haya mayores probabilidades de causar efectos adversos de importancia en comparación con otro, si se consideran las dosis relativas.

Tiene igual importancia que ninguno de los estrógenos parezca terapéuticamente superior en la prevención de las consecuencias a largo plazo del hipoestrogenismo. (James R. Scott, 1994).

2.8.2 Eficacia del Tratamiento Sustitutivo con Estrógenos

La terapia hormonal sustitutiva con estrógenos puede contribuir a mejorar el bienestar de las mujeres a partir del climaterio y a prevenir algunas enfermedades como:

- a) Sofocaciones. Las distintas estadísticas muestran que la terapéutica sustitutiva con estrógenos corrige las sofocaciones entre el 85 y 98 % de los casos.
- b) Síntomas psíquicos. Aunque la eficacia del tratamiento sustitutivo frente a los síntomas psíquicos es controvertida algunos autores han demostrado en

estudios una mejora de los síntomas psíquicos con el tratamiento con estrógenos frente al placebo.

c) En la prevención y en el tratamiento de los trastornos producidos por la atrofia del epitelio genital y urinario diversos autores han señalado buenos resultados.

d) El tratamiento sustitutivo con estrógenos puede prevenir la aparición de osteoporosis.

Se ha demostrado que el tratamiento sustitutivo con estrógenos puede prevenir la pérdida de masa ósea de todas las áreas del esqueleto, siempre que este tratamiento se inicie dentro de un corto espacio de tiempo del comienzo de la menopausia, antes que la fase de pérdida acelerada de masa ósea haya sustraído a la mujer una importante cantidad de masa de hueso. Por otra parte para que los estrógenos realicen esta acción preventiva se requiere también un tratamiento prolongado, ya que si la terapéutica se interrumpe, la pérdida de masa ósea de nuevo comienza.

Se afirma que el tiempo de duración del tratamiento sustitutivo con estrógenos, para asegurar un efecto benéfico sobre la masa ósea, es de 10 años (Ettinger, 1987) y que una mujer de 70-80 años, si ha recibido tratamiento con estrógenos, tendrá una edad en masa ósea como una mujer de 10-12 años menos. También se mantiene que el tratamiento sustitutivo con estrógenos reduce las fracturas vertebrales como la de la muñeca y la cadera.

e) La mayoría de los investigadores mantienen que la terapéutica sustitutiva puede prevenir la aparición de la enfermedad cardiovascular, (angina, infarto al miocardio y muerte súbita).

Se surgió, hace unos años, que probablemente los estrógenos administrados en esta etapa podrían prevenir la aparición de la aterosclerosis cardiovascular apoyándose en los siguientes datos:

- En el hombre de menos de 55 años, las enfermedades coronarias son de 5-8 veces más frecuentes que en las mujeres de la misma edad. (Ober, 1980).
- Aumento en las enfermedades coronarias en las mujeres después de la menopausia.

En una serie de estudios (Ettinger, 1987) se observa que, en las mujeres que toman estrógenos, el riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular esta reducido un 50%. La teoría mantenida es la que sostiene que este efecto favorable de los estrógenos sobre la enfermedad cardiovascular se realiza a través de las modificaciones que estas sustancias ejercen sobre el metabolismo de los lípidos y las proteínas.

Se considera actualmente que el riesgo de padecimiento de enfermedad isquémica cardiaca depende, en gran parte, de los niveles fraccionados de lipoproteínas de alta y baja densidad de colesterol. Actualmente se aceptan, además que los estrógenos tienen una acción directa sobre la pared vascular ejerciendo una acción vasodilatadora.

La mayoría de las investigaciones publicadas coinciden en señalar que los estrógenos administrados por vía oral hacen descender el colesterol total y la fracción de lipoproteínas de baja densidad, mientras que ascienden las lipoproteínas de alta densidad y se supone que este efecto se produce por su paso a través del hígado. Sin embargo el estradiol transdermico parece ser tan eficaz como el oral para reducir el colesterol total y el colesterol LDL.

De las investigaciones realizadas se deduce que la acción de los estrógenos sintéticos sobre los lípidos es algo diferente de la de los estrógenos naturales. Así el etinilestradiol produce descenso del colesterol y de las proteínas de densidad baja; en cambio, eleva las proteínas de alta densidad y triglicéridos.

Los estrógenos naturales producen un aumento de las HDL y no modifican los triglicéridos ni el colesterol; tampoco el estriol modifica sustancialmente el colesterol ni los triglicéridos. Este aumento de las lipoproteínas de alta densidad sin elevar los triglicéridos y el colesterol hace que los estrógenos naturales sean preferibles a los sintéticos y es un punto de apoyo para mantener que los estrógenos naturales a pequeñas dosis puedan actuar como profilácticos a la aterosclerosis y sus posibles complicaciones.

f) El tratamiento sustitutivo con estrógenos produce cambios sobre la piel que ayudara a su conservación juvenil. Se ha demostrado que el tratamiento con estrógenos previene la pérdida de colágeno.

Es importante recordar aquí que, independientemente del tratamiento que se adopte durante el climaterio es conveniente que la mujer realice periódicamente controles ginecológicos que incluyan:

- Exploración ginecológica anual
- Citología vaginal (Papanicolaou) anual
- Mamografía bilateral anual o bianual
- Análisis de la sangre
- Ecografía transvaginal.

2.8.3 Efectos Secundarios y Posibles Complicaciones del Tratamiento con Estrógenos

La toma continua y cíclica de estrógenos puede producir una serie de efectos indeseables, que a continuación se analizan:

Metrorragias: uno de los efectos secundarios más frecuentes de la terapéutica sustitutiva con los estrógenos es la hemorragia, que puede ser de dos tipos, por privación, es decir, cuando se interrumpe el tratamiento cíclico, o la que se produce durante su curso. La incidencia de aparición de la hemorragia varía, pero en general es alta. En general se suele aceptar que la hemorragia inesperada en el curso del tratamiento precisa de un estudio histológico del endometrio, mientras que la hemorragia por privación no supone patología.

Adenocarcinoma de endometrio: algunos autores han señalado el posible riesgo de producción de adenocarcinoma de endometrio en mujeres tratadas con estrógenos solo y han estimado que este riesgo depende de la dosis empleada y la duración del tratamiento, y puede evaluarse entre 2 y 8 veces. Se ha demostrado que la asociación de gestágenos a los estrógenos protege contra el posible riesgo de cáncer de endometrio.

Carcinoma de ovario: En una serie de estudios se ha señalado un aumento de riesgo de padecer carcinoma de ovario en mujeres que toman estrógenos durante un largo tiempo en relación con un grupo de control. Sin embargo, es importante destacar que diversos estudios señalan que los anticonceptivos hormonales orales tienen importante acción protectora sobre la aparición de cáncer de ovario.

Acción sobre la mama: El tratamiento hormonal sustitutivo realizado con estrógenos aumenta el riesgo relativo de padecer cáncer de mama, especialmente cuando su duración supera los 10 años, aunque probablemente el riesgo se inicia ya a los 5 años de estarlo administrando. La asociación de gestágenos a los estrógenos el tratamiento

hormonal sustitutivo no disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama, por lo que en la actualidad se estudia la posibilidad de incrementarlo.

2.8.4 Contraindicaciones del Tratamiento con Estrógenos

Una contraindicación es una situación específica en la cual no se debe utilizar un fármaco, un procedimiento o una cirugía, ya que puede ser dañino para el paciente.

Existen dos tipos de contraindicaciones:

- La contraindicación relativa significa que se debe tener precaución cuando se utilizan dos fármacos o procedimientos juntos. (Es aceptable hacerlo si los beneficios superan a los riesgos.)
- La contraindicación absoluta significa que el evento o sustancia podría ocasionar una situación potencialmente mortal. Un procedimiento o un medicamento que esté incluido dentro de esta categoría se debe evitar.

A) Contraindicaciones absolutas:

- Hepatopatías graves.
- Enzimopatías hepáticas.
- Antecedentes de tromboembolia
- Enfermedades vasculares, cerebro o retina.
- Diabetes graves con enfermedades vasculares.
- Tumores hormonodependientes.

B) Contraindicaciones relativas:

- Mioma uterino.

- Endometriosis.
- Enfermedades benignas de la mama.
- Hipertensión grave.
- Diabetes asociada a hipertensión.
- Edemas de origen renal o cardiaco.
- Pancreatitis.
- Colecistitis y colelitiasis.
- Epilepsia grave.
- Cefalea persistente a pesar de tratamiento.

En medicina, una contraindicación es una condición o un factor, que incrementa los riesgos involucrados al usar una particular medicación o droga, llevando a cabo un procedimiento médico o comprometiendo en una actividad particular. Por lo tanto antes de utilizar cualquier medicamento es importante realizar una historia clínica completa para verificar que el tratamiento con estrógenos no cause ningún daño o alteración.

2.9 Acciones de Enfermería

El primer requisito es que la mujer reciba, por parte de los profesionales de la salud, una correcta información. En la mayoría de los casos la actitud poco relajada de la paciente en la consulta, junto con el volumen a veces masivo de las mismas, hace que la información no le llegue en la forma que sería deseada. Además, muchas veces la información ofrecida no es entendida o interpretada correctamente. Las unidades de enfermería, trabajando en colaboración con el médico, pueden ser un recurso de apoyo y ayuda. La actitud del profesional de la salud ante una mujer que necesita o busca información, debe estar enfocada a:

- a) Indagar qué sabe la paciente sobre el tema.
- b) Estar preparado para dar respuesta a los interrogantes y mitos que tenga sobre los tratamientos.

- c) Ayudar a corregir inexactitudes.
- d) Suministrar los conocimientos necesarios sobre la terapia hormonal sustitutiva. Que ayude a la mujer a tomar una decisión responsable en la aceptación o renuncia a este tratamiento.

Además, la enfermería debe velar por el cuidado de la salud de estas mujeres. Factores como una inadecuada nutrición, el sedentarismo, el tabaquismo o la hipertensión pueden interferir en los efectos beneficiosos del tratamiento farmacológico, aparte de ser un peligro para la salud en general. Por esto, en mujeres con terapia hormonal sustitutiva además de vigilar los efectos secundarios del tratamiento, no se pueden olvidar tales aspectos. Por ello es muy importante llevar a cabo un buen plan de educación para salud, haciendo hincapié en la importancia que tiene la visita periódica al médico para garantizar al máximo la eficacia del tratamiento y la prevención de los posibles riesgos.

Una de las responsabilidades de las enfermeras/os es enseñar a los pacientes los cuidados que necesitan para mantener su salud, pero también deben informar y respaldar a las personas allegadas, pues es importante saber que algunas alteraciones están relacionadas con el entorno de la mujer.

Los principales auto cuidados que debe conocer y llevar a cabo una mujer en la menopausia serán los siguientes:

1. Mantenerse activa.
2. Llevar una dieta adecuada.
3. Practicar ejercicio físico.
4. Evitar el tabaquismo.
5. Evitar el exceso de sal, alcohol y cafeína.

Mantenerse activa:

Con esta recomendación a lo que nos estamos refiriendo es a evitar el sedentarismo, la indolencia, la falta de interés por las cosas.

Dieta adecuada:

Los hábitos alimenticios deben ajustarse a las necesidades de la mujer en esta fase de su vida, donde observaremos cambios debidos a los progresos de la edad, la reducción de la actividad metabólica y menor actividad física.

La mujer en edad se climaterio debe adoptar hábitos alimenticios correctos, pues una dieta adecuada es fundamental para la prevención de determinadas enfermedades.

Ejercicio físico:

El ejercicio físico se hace necesario en el climaterio y menopausia, y es beneficioso para la salud, puesto que activa el buen funcionamiento de todos los sistemas del organismo (circulatorio, respiratorio, nervioso.), conserva el tono muscular, ayuda a quemar calorías, previene la enfermedad coronaria reduciendo el colesterol, ayuda a una buena salud mental y fortalece los músculos perineales y el reflejo de micción.

Los ejercicios recomendados en esta etapa de la mujer serán andar (unos 30 minutos diarios), bicicleta, natación, la gimnasia (dirigida por un experto si es la primera vez que se realiza), el baile, el yoga (en la mayoría de los casos constituye una actividad ideal), el tenis y el esquí. Es importante señalar que todos los deportes que supongan excesivo esfuerzo están contraindicados.

Las recomendaciones generales en la práctica del deporte serán las siguientes:

- Realizar un precalentamiento de 5-10 minutos, evitando movimientos de flexión anterior o torsión en osteoporosis.
- Controlar el pulso para medir el esfuerzo (debe oscilar entre 120-130 pulsaciones por minuto).
- Los ejercicios de deben realizar de forma regular y constante.

- Finalizar la sesión con un período de relajación.
- Para las personas que no han hecho deporte, el programa más adecuado es el de andar, y es conveniente comenzar de forma gradual para evitar agujetas y cansancio excesivo.

2.10 Acciones Preventivas y Autocuidados Específicos del Síndrome climatérico

Es importante señalar algunas de las acciones a llevar a cabo ante los síntomas en el climaterio.

I. Sofocos: cuando comienzan los sofocos es aconsejable llevar a cabo ejercicios de relajación, buscar ambientes fríos o refrigerados (uso de abanicos, ventilador, abrir las ventana.), aplicarse agua fría en muñecas y manos y/o las mejillas, usar ropa de algodón, evitar alimentos con especias y reducir el consumo de té, café y alcohol, y practicar ejercicio físico.

II. Parestesias: activar los miembros dormidos mediante ejercicios de flexión, extensión y rotación.

III. Cefaleas: reposo en ambiente tranquilo y oscuro, colocar un paño húmedo sobre los ojos cerrados, evitar el tabaco y alcohol, vigilarse la tensión arterial, y en último lugar utilizar analgesia.

IV. Estados depresivos: estar informada sobre los aspectos que pueden alterar el equilibrio psicoafectivo en esta fase de la vida, mantener la preocupación por el arreglo personal, evitar el aislamiento y mantener las relaciones sociales, dedicar un tiempo al ocio y realizar ejercicio físico.

V. Ansiedad, nerviosismo e irritabilidad: autocontrol (para ello se recomienda el aprendizaje de técnicas de relajación), darse un baño o ducha, infusiones naturales, ejercicio físico.

VI. Insomnio: mantener un entorno tranquilo, evitar el exceso de la temperatura ambiental, evitar tensiones y estrés, evitar cenas copiosas, tomar un vaso de leche caliente antes de acostarse, leer o escuchar música ayuda a conciliar el sueño.

VII. Alteraciones de la libido: las alteraciones que dificultan una satisfactoria relación sexual pueden ser evitadas o minimizadas con una correcta información que ayude a la mujer y a su pareja a la solución de sus problemas.

VIII. La piel: no abusar de la exposición al sol, lubricar las zonas de piel seca después del aseo diario, no abusar del jabón ya que la mayoría resecan, beber abundante líquido y descansar las horas necesarias.

IX. Para evitar las alteraciones cardiovasculares y la osteoporosis: lo más importante son los hábitos alimentarios y el ejercicio físico.

X. Aprender a relajarse. Hacer ejercicio físico ayuda a disminuir la ansiedad. Tomar abundantes líquidos.

XI. Para disminuir la resequeidad vaginal: en relaciones sexuales dedicar más tiempo al juego amoroso (caricias) ya que de esta forma se aumenta la lubricación vaginal de forma natural. Utilizar lubricantes específicos que se venden en farmacias.

XII. Para controlar la incontinencia urinaria: realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura pélvica: cuando se está vaciando la vejiga tratar de cortar el flujo de orina durante unos pocos segundos (los músculos se contraen) y a continuación se relajan. Realizar este ejercicio varias veces al día.

XIII. Para prevenir el cáncer ginecológico: realizar autoexploraciones mamarias. Examen clínico anual, Mamografías cada dos años. Citología cervicovaginal.

XIV. Alteraciones cardiovasculares: dieta pobre en grasas, rica en aceite de oliva que ayuda a regular el colesterol. Dieta saludable rica en frutas y verduras. Control de la tensión para descartar hipertensión arterial.

XV. Es recomendable que un Programa Educativo ofrezca orientación a la mujer en la etapa del Climaterio en la relación con la prevención de alteraciones psicológicas, tales como Mantener una actitud positiva de la vida; enseñar técnicas de relajación para disminuir el estrés y la ansiedad; utilizar las propias tareas domesticas para relajarse; disponer más tiempo para la pareja; enseñar cómo superar las pérdidas (fertilidad, perdida de roles, abandono de la por parte de los hijos, perdidas de padres, familiares y amigos, otros); fomento de las relaciones sociales (amigos, grupos de mujeres, asociaciones), para evitar el aislamiento y la soledad.

Es importante que las mujeres realicen este tipo de actividades, esto no quiere decir que desaparecerán los síntomas, pero, si que disminuirán, además empezaran a conocer más sobre los propios síntomas del climaterio e identificar que es normal y que, no lo es.

2.11 Nutrición Durante el Climaterio

La mujer climatérica es una mujer, en ausencia de patologías añadidas, sana que entra en una etapa de su vida que se caracteriza por un cambio hormonal que conlleva un incremento de su riesgo cardiovascular y del riesgo de sufrir patología osteomuscular. A

través de una correcta alimentación la mujer climatérica puede prevenir problemas como la osteoporosis, el exceso de peso, la alteración lipídica, etc.

- Cereales y derivados: escogerlos integrales por su aporte en fibra: pan, pasta, arroz, legumbres. Es recomendable consumir de 4 a 6 raciones diarias.
- Frutas y verduras: son la base de la alimentación junto con los cereales, y son esenciales para el aporte de fibra, vitaminas, minerales y fitoquímicos con efectos positivos sobre la salud. Se recomienda consumir cinco raciones al día.
- Lácteos: debido al aumento de colesterol que suele producirse en el climaterio, es mucho mejor tomarlos desnatados (leche, yogures y quesos). El riesgo de osteoporosis hace que se deba incrementar el consumo diario de este grupo de alimentos a 3-4 raciones diarias.
- Proteicos: carnes, pescados y huevos deben consumirse con moderación. Es preferible escoger el pescado frente a la carne y consumir pescado azul dos veces a la semana. Dos raciones diarias de tamaño moderado, en la comida y en la cena, ayudarán a un aporte de proteínas correcto.
- Grasas: los aceites de origen vegetal, como el de oliva, girasol o maíz, aportarán las grasas insaturadas necesarias. El aceite de oliva debe ser la grasa de elección para cocinar y aliñar. En el caso de que nos guste untar, es preferible la margarina a la mantequilla por su aporte en ácidos grasos insaturados. Los frutos secos aportan grasas insaturadas y componentes fitoquímicos muy interesantes, por lo que un puñado al día entre comidas o en las ensaladas puede ser una buena opción.
- Requerimientos de calcio: las necesidades de calcio se establecen en 1.000 mg/día durante la edad adulta hasta el climaterio. En ese momento el efecto de la deprivación hormonal conduce a un aumento de la pérdida de masa ósea. Además, la capacidad de absorción del calcio en el intestino está disminuida, con lo que a partir de la

menopausia debemos garantizar un aporte de calcio de 1.500 mg/día. Este aporte puede ser de 1.000 mg/día en las mujeres con THS. El calcio que mejor se tolera y se absorbe es el aportado en la dieta. Debemos aconsejar el consumo de preparados lácteos de bajo contenido en grasa.

La administración de preparados de calcio se reserva para los casos en que, tras haber instruido a la mujer, no consigamos cubrir los requerimientos diarios. Todas las sales de calcio tienen una eficacia aceptable y parece que se absorben y toleran mejor cuando se administran junto con lactosa, disminuyendo su absorción si se administran con exceso de grasa o fosfatos. No existen evidencias de que un aumento en la ingesta de calcio favorezca la litiasis renal.

- Consumo proteico: se establece que la población adulta general debe consumir entre 0.8 y 2 g de proteína por Kg y día. En todo caso se aconseja que las proteínas supongan el 10-15% de la ingesta energética total, para lo que es recomendable advertir sobre la moderación en el consumo de carne y derivados.

- Consumo de grasas: no debe superar el 30% de la ingesta energética total, siendo más permisivos (35%) cuando la grasa habitual es el aceite de oliva. El reparto debe realizarse del siguiente modo:

- Hasta un 7% de los ácidos grasos saturados, para lo que recomendaremos disminuir el consumo de grasa de origen animal y las vegetales procedentes de coco, palma.

- Menos del 10% procederán de los ácidos grasos poli insaturados, incentivando consumir pescado y aceites de semillas (girasol, maíz), así como los frutos secos.

- La ingesta diaria de colesterol no debe superar de media los 300 mg/día.

La importancia que juegan una correcta alimentación y nutrición en el desarrollo del ser humano y en el mantenimiento de la salud es de sobra conocida. Los profesionales

sanitarios deben poseer conocimientos suficientes para ofrecer la mejor educación nutricional posible a la población que asiste. A través de estas páginas se pretende repasar los conocimientos mínimos que creemos debe poseer todo profesional sanitario. Lo primero es aclarar ciertos conceptos:

Alimentación: es la forma y manera de proporcionar al organismo los materiales que le son imprescindibles para ejercer todas sus funciones. Es un proceso voluntario, consciente y por tanto educable y depende de la decisión libre del individuo.

Nutrición: es el conjunto de procesos encargados de recibir, transformar y utilizar las sustancias químicas contenidas en los alimentos. Es un proceso involuntario e inconsciente.

Dietética: es la interpretación y aplicación de los principios científicos de la nutrición y su repercusión metabólica en los individuos sanos, o como medida preventiva o curativa.

Es necesaria una alimentación sana y equilibrada en todas las etapas de la vida, al llegar a la menopausia dicha alimentación es imprescindible por el aumento de la incidencia de determinadas enfermedades, como la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Hay que procurar que la alimentación de la mujer menopáusica sea suficiente, completa, variada y equilibrada. No hay alimentos “prohibidos” (si no existe contraindicación explícita por alguna enfermedad) pero hay que saber qué alimentos conviene tomar a diario y cuáles sólo de vez en cuando.

2.11.1 Alimentación Equilibrada o Saludable

Se puede definir como la cantidad de alimentos que han de aportarse diariamente para conseguir un estado nutricional óptimo, asegurando una buena salud individual. Toda alimentación saludable debe cumplir los siguientes objetivos:

1.- Debe ser suficiente en cuanto energía: debe aportar suficientes nutrientes energéticos para cubrir las necesidades metabólicas basales, el gasto ocasionado por la actividad física individual y el gasto inducido por el consumo de alimentos o "termogénesis inducida por la dieta"

2.- Debe ser completa no sólo debe proporcionar energía sino que debe proporcionar todos los nutrientes (proteínas, grasas, minerales y vitaminas.) necesarios para cubrir las necesidades plásticas o reguladoras del organismo.

3.- Debe ser variada, ya que una alimentación variada tiene más posibilidades de ser completa. Además, en caso de que en nuestra alimentación exista algún componente tóxico o perjudicial, disminuiríamos su presencia.

4.- Debe ser segura, para lo cual es imprescindible una correcta higiene de los alimentos, tanto en su almacenaje como en su posterior manipulación y cocción. Se debe evitar la contaminación cruzada entre distintos alimentos.

5.- Debe ser equilibrada: cada grupo de nutrientes debe estar presente en adecuadas con relación a otros componentes de la dieta, y con la energía total ingerida.

Para cumplir con los requerimientos que una dieta adecuada debe tener es importante seguir los pasos que ya se mencionaron, es importante cumplir con una dieta equilibrada ya que también nos exponemos a enfermedades si solamente nos alimentáramos con un solo grupo del plato del buen comer, lo más correcto e indicado es abarcar todos los grupos.

2.11.2 Objetivos de la Dieta

Los objetivos nutricionales tienen como finalidad promover la salud, reducir el riesgo de desarrollar patologías relacionadas con la alimentación y controlar enfermedades específicas causadas por una ingesta excesiva o insuficiente de ciertos alimentos.

A diferencia de las ingestas recomendadas, que hacen referencia a individuos sanos y se expresan por grupos de edad, sexo y situación fisiológica (embarazo, lactancia.), los objetivos nutricionales son:

- 1.Reducir el consumo de grasas saturadas, trans y colesterol (presentes sobretodo en carnes y derivados).
- 2.Aumentar el consumo de grasas insaturadas (aceites de oliva, girasol, margarina, frutos secos, pescados azules).
- 3.Disminuir el peso si existe sobrepeso u obesidad.
- 4.Controlar el aporte de sal en la alimentación.
- 5.Asegurar la presencia de vitamina D en la dieta, ya que ayuda a la absorción de calcio. Exponerse a los rayos de sol, siempre con protección, evitando las horas de más insolación y durante un tiempo moderado, ayuda a la síntesis corporal de vitamina D.
- 6.Evitar el exceso de fitatos, presentes en el salvado de los cereales, ya que atrapan el calcio y no dejan que se absorba. Por ello es importante no tomar en la misma comida lácteos y cereales integrales.

7.Reducir el consumo de proteínas de origen animal, debido a que un exceso de proteínas en la dieta favorece la descalcificación ósea. La alimentación actual es excesiva en proteínas, y reduciendo el tamaño de las raciones de estos alimentos podemos disminuir ya su aporte (sobre todo de carnes, de las cuales abusamos).

8.Evitar el tabaco y el alcohol.

2.12 Norma Oficial Mexicana

NOM-035-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.

Por parte de la secretaria publica y personal de salud se realiza una noema oficial mexicana la cual nos orienta para el manejo, cuidado y tratamiento de la mujer en esta etapa.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Secretaría de Salud.

Roberto tapia conyer, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracción XVI, 13 apartado A) fracción I, 133 fracción I, 158, 159 y 160 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43 y 47 fracción IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 7 fracciones V, XVI y XIX, 20 fracción III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana **NOM-035-SSA2-2002**, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.

Considerando

Que con fecha 1 de febrero de 2000, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Subcomité de Salud Reproductiva presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la Presente Norma Oficial Mexicana.

Con fecha 8 de marzo de 2001, en cumplimiento del acuerdo del comité y lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

La menopausia constituye un evento único en la vida de las mujeres y corresponde a la última menstruación. Se presenta debido a la disminución de la función hormonal y gametogénica de los ovarios y marca la transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva.

En las mujeres mexicanas la menopausia ocurre en promedio a los 49 años de edad, siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico, que en ocasiones demandan atención médica. Por otra parte, varios padecimientos crónico-degenerativos como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular aterosclerosa, la atrofia genitourinaria y algunas alteraciones neurológicas inciden con más frecuencia durante la etapa postmenopáusica, originando deterioro de la calidad de vida e incremento de la morbi-mortalidad general.

El incremento notable de la esperanza de vida al nacimiento en la población, particularmente de las mujeres, que ocurrió en la última mitad del siglo XX, condicionó que un mayor número de mexicanas alcancen la edad promedio de la menopausia y pasen una importante parte de su vida en la condición postmenopáusica. En el año 2000 se estimó que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres era de 77.6 años. Al inicio del nuevo siglo, la esperanza de vida para la población femenina de 40 años de edad es cercana a otros 40 años adicionales, lo que denota la importancia de los cuidados y atención a la salud en esta etapa de la vida. La magnitud del universo de la población que requiere de información y servicios se aprecia al considerar que en el año 2000 el número de mujeres de 40 años y más se estimó en 11'779,071 (23% de la población femenina), cifra que continuará en ascenso alcanzando 17'407,510 (30% de la población femenina) en el año 2010.

Los avances científicos en endocrinología y farmacología reproductiva ofrecen la posibilidad de prevenir y manejar las consecuencias de la deprivación hormonal ovárica que acompaña a la menopausia. Diversos esquemas terapéuticos contemporáneos hormonales y no hormonales, han demostrado su efectividad en la prevención y control de síntomas y signos del síndrome climatérico, osteoporosis y atrofia urogenital, así como en la modificación favorable de factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, los resultados de estudios a nivel nacional e internacional han planteado aspectos controversiales en cuanto a los riesgos y beneficios que a nivel poblacional pudieran tener las diferentes estrategias terapéuticas, por lo que se hace necesario el establecimiento de lineamientos normativos oficiales para brindar adecuada información, educación y servicios con enfoque de género a este amplio segmento de la población.

Esta Norma Oficial Mexicana, resultado de un amplio consenso nacional entre expertos de muy diversas disciplinas biomédicas y sociales que incorporan la experiencia internacional, brinda los lineamientos esenciales para el manejo integral de la salud de la mujer en la peri y postmenopausia en los diferentes niveles de atención médica. Se han

privilegiado las acciones preventivas, a la búsqueda de un equilibrio con las acciones de intervención farmacológica, promoviendo estilos de vida saludable.

1. Objetivo y campo de aplicación

a) Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios para prestar la atención médica a la mujer durante el climaterio y la postmenopausia.

b) Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todo el personal profesional y auxiliar de salud de los sectores pública, social y privada que brinden atención médica a las mujeres en el climaterio y postmenopausia.

2. Referencias.

a) NOM-015-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes: aproximadamente un 60% de la población está enferma de diabetes y lo desconoce, la norma tiene como objetivo la prevención invitando a la población para que asista a visitas periódicas al médico, tratamiento correcto y oportuno para mantener el control de la enfermedad.

b) NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar: El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho

de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

c) NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino: se tiene como objetivo la prevención, lograr altas coberturas de detección temprana a través del estudio citológico Papanicolaou, garantizando un nivel adecuado de calidad de los procedimientos de los laboratorios de citología, así como del tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas, constituirá el eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

d) NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico: tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

e) NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica: el objetivo principal es identificar las acciones que pueden ocasionar alguna infección y realizar adecuadamente los procedimientos para cada actividad que se realizara.

Se toman en cuenta otras normas para la elaboración de esta, ya que son complicaciones que se pueden adquirir en esta etapa. El personal de la salud debe tomar en cuenta todo lo registrado en esta norma con la finalidad de brindar un mejor servicio

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

Esta investigación se dirige de una manera particular a las interacciones familiares y psicosociales que se encuentran en la mujer adulta en el ciclo evolutivo personal así como los cambios fisiológicos que pueden aparecer, etapa en la que generalmente se presenta el climaterio.

El proyecto factible consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una interpretación de datos para solucionar problemas, requerimiento o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formación de políticas, programas, tecnologías, métodos procesos la tesis debe tener apoyo en una investigación de tipo documental, de campo o un diseño que incluya ambas modalidades.

En esta investigación el principal objetivo es dar a conocer los síntomas más comunes durante el síndrome climatérico e identificar posibles complicaciones, también prevenciones que ayuden a disminuir los síntomas, se plantean objetivos y se realizan hipótesis para la elaboración de la investigación.

Se realizó una investigación documental dirigida a una población principalmente de mujeres que se encuentren en este ciclo evolutivo, así como a mujeres que aun no llegan a esta etapa evolutiva, para que se den cuenta que los síntomas son inevitables pero que se pueden disminuir.

Una investigación documental se lleva a cabo mediante la utilización de libros, revistas, enciclopedias, los cuales son documentos narrados y escritos por expertos en el tema del cual queremos conocer más, se debe realizar de tal forma, que se pueda determinar

hacia donde lleva la información y hacia donde se quiere llegar con la información, es importante mencionar que se refiere a algo que ya está planificado y que se hace para lograr un propósito.

Se brindaran orientaciones por parte del personal de la enfermera hacia la usuaria en donde esta les dará a conocer los signos y síntomas para identificar el síndrome climatérico. Así como los factores de riesgo que implica el no llevar un tratamiento adecuado los cuales su salud.

3.1 Variables

Se entiende por variables:

Las variables en la investigación, representan un concepto de vital importancia dentro de un proyecto. Las variables son los conceptos que forman enunciados de un tipo particular denominado hipótesis.

Variable independiente:

Fenómeno que se va a evaluar su capacidad para influir incidir o afectar a otras variables. Su nombre lo explica de mejor modo en el hecho que no depende de algo para estar allí.

Es aquella característica o propiedad que se supone ser la causa del fenómeno estudiado. En investigación experimental se llama así a la variable que el investigador manipula. Que son manipuladas experimentalmente por un manipulador. Las variables dependientes son las que se miden.

Las variables en esta investigación serán de gran utilidad ya que permitirán evaluar el contenido de esta y se lograran establecer las actividades que se requieran, para que la investigación sea eficiente.

Cuadro #1 Variables

Variable.	Aspecto.
Climaterio.	Concepto. Síntomas hormonales. Síntomas físicos. Síntomas psicológicos Tratamiento. Sexualidad.
Intervención de enfermería.	Educación a paciente de acuerdo a expectativas del climaterio.
Nutrición en el climaterio	Alimentación adecuada para disminuir probables síntomas.
Actividad física durante el climaterio.	Ejercicios adecuados de acuerdo a su edad y condición física.

De las variables mencionadas se realizarán las intervenciones de enfermería dando seguimiento según lo requiera cada paciente.

3.2 Aspectos Éticos de la Investigación

Toda profesión, investigación y acción se realizan para obtener un resultado para el beneficio de los ciudadanos, por lo tanto cada profesión se rige bajo un código de ética el cual se debe cumplir para lograr dar un servicio de calidad con valores y normas para lograr el bienestar de las personas.

Este decálogo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde. En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de enfermería.

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo.

3.2.1 Decálogo de ética para el personal de enfermería en México

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

3.2.2 Principios

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

1) Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

2) Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

3) Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege

y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

4) Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

5) Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

6) Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

7) Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

8) Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

9) Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

10) Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la

enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

11) Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia. Por todo esto se hace necesario que la enfermera conozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

CAPÍTULO 4: INTERPRETACIÓN DE DATOS

La interpretación de datos se puede definir como la aplicación de procedimientos estadísticos para analizar datos específicos de un estudio o cuerpo de investigación. Los elementos de interpretación de datos son parte de muchas pruebas estandarizadas.

Como dice Encinas (1993), los datos en sí mismos tienen limitada importancia, es necesario "hacerlos hablar", en ello consiste, en esencia, el análisis e interpretación de los datos. "El propósito del análisis es resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcionen respuesta a las interrogantes de la investigación.

La interpretación, más que una operación distinta, es un aspecto especial del análisis su objetivo es "buscar un significado más amplio a las respuestas mediante su trabazón con otros conocimientos disponibles" (Sellitz, 1970) que permitan la definición y clarificación de los conceptos y las relaciones entre éstos y los hechos materia de la investigación. La relación entre análisis e interpretación y la forma específica que toman, tanto separada como conjuntamente, varían de un estudio a otro", dependiendo de los distintos esquemas o niveles de investigación y, fundamentalmente, del diseño propuesto.

Los datos, a partir de los cuales el investigador inicia el análisis, son diferentes según el nivel de elaboración realizado, el cual depende de la naturaleza del problema de investigación y, consecuentemente, del tipo de investigación; también de las técnicas y procedimientos seguidos en la elaboración.

(Leopoldo Vázquez, 2013), climaterio es la fase del envejecimiento de la mujer que marca la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva.

(j. González Merlo,1997), el climaterio es un periodo de la vida de la mujer en el que tiene lugar la desaparición de la función reproductiva e importantes cambios en la secreción de las hormonas sexuales, que condicionan modificaciones importantes, no solo en el tracto genital sino en otros lugares.

(Finch, 2001), climaterio también conocida como perimenopausia o cambio de vida, las glándulas adrenales y otras glándulas continúan secretando pequeñas cantidades de estrógenos, en cantidad que varían entre los individuos.

(Alfonso Zamudio, 2013), se considera climaterio los cambios que ocurren alrededor de la menopausia años antes o años después, la cual se va a presentar o se considera como tal cuando pasa un año sin menstruar.

Diferencias: cada autor tiene su propia definición de lo que es climaterio y las dos definiciones son diferentes a lo que mencionan. De acuerdo a lo que dice finich, climaterio no solamente es una disminución de estrógenos, es un cambio en la vida de la mujer. Alfonso nos menciona que el climaterio no solamente puede ocurrir antes de la menopausia, la cual se diagnostica un año después de la última menstruación, también los síntomas o síndrome climatérico puede ocurrir después de la menstruación.

Otra diferencia que se puede notar, para cada autor las edades que comprende el climaterio varían, para Ortuño la edad que comprende el climaterio es de 35 a a 45 años de edad y para Zamudio la edad es de 40 a 53 años de edad.

Similitud: la única semejanza que mencionan los autores es en que es una etapa de transición en la vida de la mujer que conlleva cambios y se deben a la disminución de estrógenos.

Aportaciones de la Lic. En enfermería y obstetricia Cinthia Monserrath González González: el climaterio es un ciclo evolutivo, una etapa que se manifiesta por cambios en el organismo tanto fisiológicos como psicológicos ya que ocasiona un desajuste en la vida

emocional de la mujer, dependiendo, de cada cultura ya que en algunos lados la mujer suele sentirse más libre y decir que es una etapa de la que debe disfrutar, así, como para otras culturas por la falta de conocimiento y de información.

En lo que no se está de acuerdo donde se menciona que climaterio es la entrada a la etapa de vejez, climaterio no es sinónimo de envejecimiento, solamente es la pérdida de la capacidad de tener vida reproductiva por la disminución de estrógenos.

Son etapas en la vida de la mujer que se caracterizan por la disminución de la función ovárica y trae como consecuencia la anovulación, con esto la disminución de los niveles hormonales con la pérdida de la fertilidad.

Conclusión.

Las mujeres que se encuentran cursando por este ciclo evolutivo tienden a desconocerlo ya que por lo general solamente conocen la etapa de menopausia por lo tanto es importante que la sociedad conozca que todos los cambios que ocurren en su funcionamiento orgánico como afectaciones psicológicas.

El climaterio es una serie de cambios y manifestaciones clínicas que ocurren en el síndrome del climaterio es pasar de una etapa a otra en la cual se tiene que adaptar a los cambios que ocurrirán mediante un tratamiento principalmente hormonal para que estos cambios que ocurren por la falta de producción de hormonas se sustituyan mediante la aplicación de medicamentos.

También es importante acudir a terapias en las cuales se entienda que el climaterio no es el final de la vida solo es una etapa de la cual se tiene que aprender a vivir con ella y que es importante la terapia para seguir manteniendo las relaciones sociales y personales así como también evitar conflictos con la familia a causa de estos cambios.

Las mujeres que se encuentran cursando por este ciclo evolutivo tienden a desconocerlo ya que por lo general solamente conocen la etapa de menopausia por lo tanto es importante que la sociedad conozca que todos los cambios que ocurren en su funcionamiento orgánico como afectaciones psicológicas.

El climaterio es una serie de cambios y manifestaciones clínicas que ocurren en el síndrome del climaterio es pasar de una etapa a otra en la cual se tiene que adaptar a los cambios que ocurrirán mediante un tratamiento principalmente hormonal para que estos

cambios que ocurren por la falta de producción de hormonas se sustituyan mediante la aplicación de medicamentos.

También es importante acudir a terapias en las cuales se entienda que el climaterio no es el final de la vida solo es una etapa de la cual se tiene que aprender a vivir con ella y que es importante la terapia para seguir manteniendo las relaciones sociales y personales así como también evitar conflictos con la familia a causa de estos cambios.

El síndrome vasomotor es uno de los más comunes de la mujer en etapa de climaterio. A pesar de que ha llamado la atención de algunos investigadores ya que es un síntoma conocido por muchos años, aun no se conoce en forma exacta que es lo que lo causa. El climaterio es mucho más que solo bochornos; es también una serie de cambios en todo el organismo.

El climaterio prematuro ocurre pocas veces aunque es común que pase inadvertidamente durante mucho tiempo porque se confunde con un periodo de amenorrea transitoria secundaria y por ello, se trata de manera sintomática.

De acuerdo con la evidencia disponible, los estrógenos tienen repercusiones benéficas en el humor y las funciones cognitivas aunque su importancia clínica siga siendo discutible. Todo parece indicar que estos esteroides favorecen la actividad cerebral mediante la modificación o prevención de procesos sistémicos potencialmente nocivos; sin embargo, la adicción de progestágenos neutraliza algunos de estos efectos benéficos. La adicción al tratamiento y el consumo por tiempo prolongado tiene consecuencias que aun no han sido determinadas por los investigadores pero que en la actualidad siguen con la investigación ya que efectivamente la terapia hormonal sustitutiva ayuda a neutralizar algunos síntomas pero también tiene efectos adversos.

Es importante mencionar que el principal objetivo de esta investigación era encontrar la relación que existe entre climaterio y afectación en el círculo familiar, el porqué esto sucede, como afecta a la familia y como recibe apoyo por la misma, sin embargo, es muy poca la información que se encuentra relacionando el síndrome climatérico con los problemas familiares, por lo tanto el objetivo cambio, tratándose ahora sobre principales signos y síntomas y como disminuirlos.

Se logran objetivos ya que se les dará a conocer cuáles son los síntomas y signos que implica el síndrome climatérico así como también las áreas que puede afectar y cuál será el tratamiento que seguirá, se comprueban hipótesis ya que el climaterio si ocasiona desajustes en el organismo y en el entorno de la mujeres.

Referencias bibliograficas.

Libros.

- Padilla E. Wendkos (2004) **Desarrollo humano**. Novena edicion. Mc Graw Hill. Méxco DF. p.664.
- Vazquez M (2013) **Compendio de menopausia para medicos ginecoobstetras**. sexta Edicion. farmacias SA de CV México DF. p.79.
- Hernández S. Fernández, C Y Baptista P (2010) **Metodologia de la investigacion**. Novena edicion. Mc Graw Hill. México DF. p.1-530.
- Gonzalez, j. (1997) **ginecologia**. Septima edicion. Masson. España. p.p.201-250.
- Carranza A. etal (1997) **Las Mujeres y la Menopausia: ¿Qué Saben?; ¿Qué Demandan?** Sexta edición. Fondo de Investigaciones sanitarias. Madrid -España. p.244.
- García F. etal (2005) **Edición para la Salud: Repercusión de un Programa de Autoayuda en el Estado Psíquico de Mujeres Perimenopausicas**. Novena edición. Centro de Salud. Zona IV de Albacete España. p. 55.
- González, D (1999) **Aspectos Bio-psicosocial-familiares del Climaterio**. Novena edición. Clínica Las Vegas. Medellín -Colombia. p 244.
- Ortuño, M (1999) **Definición y Epidemiología del Climaterio y Menopausia**. Octava edición. Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio. México. P.88.
- Palacios, B y Olazábal, A (2005) **Menopausia en Atención Primaria. Fundación Europea Mujer y Salud**. Quinta edicion Synthelabo Pharma. Colombia. p.302.
- Vanreli, J. Castelo, C (1997) **Tratamiento Hormonal Sustitutivo en la Menopausia**. Cuarta edición. DM N: 360/27-11-97. México. p.139.
- Vélez, S (2005) **Nutrición, Alimentación y Climaterio** novena edicion. Centro de Atención Nutricional. Medellín-Colombia. p.27.

Organización Mundial de la Salud (1994) **Situación de la Mujer en la Actualidad.**
Séptima edición. Informe de las III Jornadas de Salud y Mujer. Ginebra.p.100

Sitios web.

<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/566/6/Metodologia.pdf>. (Marzo 2015)

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/035ssa202.html> (Marzo 2015)

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim104b.pdf>.(Marzo 2015)

http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf
(Marzo 2015)

<https://espaciovirtual.wordpress.com/2007/07/08/estructura-general-de-las-tesis-de-grado/>
(Mayo 2015)

<http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201104/03nutricion.pdf> (Mayo 2015)

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim104b.pdf>. (Mayo 2015)