



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN
CLIMATERIO: BASES PARA EL CUIDADO EN LA
CONDICION FEMENINA A LA LUZ DE JOAN
SCOTT. LIMA, 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MGTR. ENF. MARIA TERESA CABANILLAS CHAVEZ

ASESORA:

DRA. ENF. YOLANDA RODRÍGUEZ NUÑEZ DE GUZMÁN

CO ASESORA:

DRA. ENF. MARÍA ANTONIETA RUBIO TYRREL

LIMA – PERÚ

2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN
CLIMATERIO: BASES PARA EL CUIDADO EN LA
CONDICION FEMENINA A LA LUZ DE JOAN
SCOTT. LIMA, 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MGTR. ENF. MARIA TERESA CABANILLAS CHAVEZ

ASESORA:

DRA. ENF. YOLANDA RODRÍGUEZ NUÑEZ DE GUZMÁN

CO ASESORA:

DRA. ENF. MARÍA ANTONIETA RUBIO TYRREL

LIMA – PERÚ

2016

**VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN CLIMATERIO: BASES PARA
EL CUIDADO EN LA CONDICION FEMENINA A LA LUZ DE JOAN
SCOTT**

MGTR. ENF. MARIA TERESA CABANILLAS CHAVEZ

JURADO EVALUADOR

Dr. Fredy H. Polo Campos.

Presidente

Dra. María Elena Gamarra Sánchez.

Secretaria

Dra. Carmen Gorriti Siappo.

Miembro

Dra. Yolanda Rodríguez Nuñez De Guzmán

Asesora

AGRADECIMIENTO

A Dios por su sustento, fortaleza y ayuda durante el proceso de la tesis permitiéndome culminar con éxito.

A los administradores de la Universidad Peruana Unión por el apoyo financiero y el tiempo para el desarrollo de la tesis.

A la Dra. Maximina Contreras Castro, Rectora de la Universidad Peruana Unión, por su inspiración como maestra desde mis días en las aulas del pregrado, por sus palabras de ánimo, orientación y ayuda en la culminación de esta investigación.

A la Dra. Flor Contreras Castro, Directora de la Unidad de posgrado Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, “Miss Florcita” como cariñosamente la llamamos, por permitirme sentirla una amiga en este proceso y por su continuo estímulo y ayuda en el avance y culminación de la presente investigación.

A la Dra. Yolanda Rodríguez Núñez por su motivación, paciencia y constante apoyo en la elaboración de la tesis.

A la Dra. María Antonieta Rubio Tyrrel por su orientación e indicaciones en la culminación de la tesis.

A la Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvín, por la orientación brindada en el desarrollo de la tesis.

A la Mg. Irene Zapata Silva, por su inspiración, orientación y apoyo en la realización del informe final de la tesis.

A mis amigos de la UPG Ciencias de la Salud, compañeros de batalla en las jornadas fuertes y largas de trabajo: Rocío, Willy, Neal, Estefanía, Janeth, Rosita, Milagritos y Maicol por su estímulo, oraciones y apoyo en la culminación del estudio.

LA TESISTA

DEDICATORIA

Con la presentación de esta Tesis Doctoral se cumple uno de los sueños trazados, tanto a nivel personal como profesional, dos facetas de mi vida en las que importantes personas han tenido un papel señalado durante la elaboración de este trabajo

A mis padres Segundo Benjamín Cabanillas Chávez y Rosa Aurora Chávez Cabrera, que alentaron siempre en mí el deseo de superación, por sus oraciones incansables y compañía en los momentos más difíciles y agotadores de este trabajo.

A la mamita Luz Wong, por sus oraciones y por su ayuda en los momentos finales de esta investigación.

A mis Hermanos Koky y su querida esposa Lucecita, por su ayuda invaluable en los momentos más duros y difíciles de este estudio.

A mis hermanas Betty y Lucita por sus palabras de ánimo, oraciones y ayuda en los momentos más difíciles y apremiantes de este trabajo.

LA TESISISTA

RESUMEN

Estudio que trata las vivencias de las enfermeras en climaterio y las bases para el cuidado en la condición femenina a la luz de Joan Scott, en una universidad privada de Lima. Los objetivos fueron: describir las vivencias de las enfermeras en climaterio, analizar las vivencias a la luz de Joan Scott y considerar las bases para el cuidado y la interacción de la enfermera en la perspectiva de género. Fue una investigación cualitativa mediante historia de vida realizado con diez enfermeras. Se utilizó preguntas abiertas y entrevistas en profundidad. El análisis temático de las narrativas permitió las siguientes categorías: (1) Vivenciando el climaterio con alteraciones físicas y psicológicas. (2) Vivenciando sentimientos de inferioridad sexual, separación e incomprensión con la pareja. (3) Redes sociales de ayuda para un climaterio saludable: la familia, ayuda profesional, ayuda entre pares. (4) Trascender desde las experiencias y las bases para el cuidado hacia el logro de una vida plena y modelo de cuidado integral a la mujer en edad de climaterio. En las consideraciones finales, las vivencias incómodas del climaterio para algunas, compromete las interacciones familiares y laborales. En la vida conyugal, la fragilidad emocional y la incomprensión todavía es un obstáculo para algunas mujeres. La familia provee ayuda eficaz aún en los momentos más difíciles y cuando esta no logra aliviar la sintomatología intensa, la mujer solicita ayuda profesional. La interacción social con el equipo de trabajo es poco comprensiva, carente de reciprocidad y de solidaridad. Se impone la creación e implementación de bases para el cuidado y el logro de una vida plena, capaz de permitir la autorrealización con calidad de vida, el diseño de políticas públicas y sociales con estrategias de sensibilización desde las más tempranas edades así como en la formación y un *“Modelo de cuidado donde se desarrollen estrategias de acción dirigidas a la mujer en todas sus esferas”*.

Palabras clave: Climaterio, género, enfermeras.

ABSTRACT

Study about the experiences of nurses in climacteric and bases for care in women's status in light of Joan Scott, in a private university in Lima. The objectives were to describe the experiences of nurses in climacteric, analyze the experiences in the light of Joan Scott and consider the basis for care and nurse interaction in gender. It was a qualitative research conducted by life history with ten nurses. Open questions and in-depth interviews were used. The thematic analysis of the narratives allowed the following categories: (1) Experiencing the climacteric with physical and psychological disorders. (2) Experiencing sexual feelings of inferiority, separation and misunderstanding with the couple. (3) Social networks support for a healthy climacteric: family, professional help, peer support. (4) Transcending from the experiences and the basis for care towards the achievement of a full and comprehensive care model for women in menopause age. In the final considerations, the uncomfortable experience of the climacteric for some compromises family and work interactions. In married life, emotional fragility and lack of understanding is still an obstacle for some women. The family provides effective help even in the most difficult moments and when this fails to relieve severe symptoms, women seek professional help. Social interaction with the team is unsympathetic, devoid of reciprocity and solidarity. the creation and implementation of bases for care and the achievement of a full life, capable of allowing self-realization with quality of life, the design of public and social policies with awareness strategies from the earliest ages as well as training imposed and a *"Model of care where action strategies targeting women in all spheres develop."*

Key words: Climacteric, gender, nurses.

RESUMO

Estudo sobre as experiências de enfermeiros no climatério e bases para o cuidado do estatuto da mulher na luz de Joan Scott, em uma universidade privada em Lima. Os objetivos foram descrever as experiências de enfermeiros no climatério, analisar as experiências à luz da Joan Scott e considerar a base para cuidado e interação enfermeiro no género. Foi uma pesquisa qualitativa realizada pela história de vida com dez enfermeiros. Foram usadas perguntas abertas e entrevistas em profundidade. A análise temática das narrativas permitiu as seguintes categorias: (1) Vivenciando o climatério com distúrbios físicos y psicológicos. (2) experimentando sentimentos sexuais de inferioridade, separação e mal-entendidos com o casal. (3) As redes sociais de apoio para uma climatério saudável: a família, a ajuda profissional, o apoio dos pares. (4) Transcendendo a partir das experiências e as bases para o cuidado para a realização de um modelo de atenção integral e abrangente para as mulheres na idade da menopausa. Nas considerações finais, a experiência desconfortável no climatério para algumas interações compromissos familiares e profissionais. Na vida de casado, fragilidade emocional e falta de compreensão ainda é um obstáculo para algumas mulheres. A família fornece ajuda eficaz, mesmo nos momentos mais difíceis e quando isso falhar para aliviar sintomas graves, as mulheres procuram ajuda profissional. Interação social com a equipe é antipática, desprovido de reciprocidade e solidariedade. A criação e implementação de bases para a assistência e para a realização de uma vida plena, capaz de permitir a auto-realização com qualidade de vida, o desenho de políticas públicas e sociais com estratégias de sensibilização desde as primeiras idades, bem como formação imposta e um *"Modelo de assistência, onde estratégias de ação orientadas para as mulheres em todas as esferas se desenvolver."*

Palavras-chave: Climatério, género, enfermeiros.

ÍNDICE

	Págs.
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Resumo	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Problematización e importancia.....	2
1.2. Objeto de estudio.....	9
1.3. Pregunta norteadora	9
1.4. Pregunta orientadora	9
1.5. Objetivos del estudio.....	9
1.6. Justificación.....	10
II. REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL	12
2. 1. Abordaje empírico.....	13
2. 2. Referencial Contextual.....	21
2. 3. Referencial Conceptual	27
2.3.1 La mujer adulta en la etapa del climaterio: una mirada integral	27
2.3.2 Impacto de las modificaciones en la etapa de climaterio	32
Premenopausia.....	34
Posmenopausia	35
Perimenopausia.....	35
Manifestaciones vasomotoras	36

La sexualidad	36
La imagen de sí mismo	40
Repercusión social	42
2.3.3 La enfermera y el climaterio: Etapa del ciclo vital	44
2.3.4 Género, salud y enfermería	45
2. 4. Referencial teórico sociológico.....	51
III. METODOLOGÍA	61
3.1. Tipo de investigación	62
3.2. Método de investigación	64
3.3. Técnica de recolección de datos cualitativos.....	70
3.4. Sujetos de investigación.....	74
3.5. Escenario de investigación.....	755
3.6. Procedimiento para la recolección de discursos.....	766
3.7. Procesamiento de datos.....	777
3.8. Consideraciones éticas y de rigor científico.....	800
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	84
4.1. Presentación de resultados	85
4.2. Análisis y discusión.....	85
4.3. Análisis y discusión de los resultados	89
V. CONSIDERACIONES FINALES.....	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
ANEXOS.....	149
ANEXO N° 01	150
ANEXO N° 02	151
ANEXO N° 03.....	153

CAPTULO I
INTRODUCCIÓN

CAPTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Problematización e importancia

Esta investigación surge desde la experiencia de ser adolescente, por un interés generado a partir de diálogos con mujeres en la etapa del climaterio; las conversaciones realizadas desde el núcleo familiar (especialmente abuela, madre, tías y amigas), escuchando en la convivencia ante hechos especiales como reuniones de familia, almuerzos, cumpleaños, entre otros, frases relacionadas a esta etapa de vida de la mujer como: *“es la edad crítica de la mujer”, “es el cambio de vida de la mujer”, “es la edad difícil de la mujer”,* y una de las abuelas explicaba enfáticamente que, *“es un periodo donde la mujer envejece y padece algunos síntomas característicos pero muy incómodos”*. Al respecto Travelbee y Ramos, menciona la importancia de la comunicación para mantener un estado emocional saludable frente a los cambios que las personas experimentan en los diferentes momentos de la vida (1, 2).

A finales de la década de los 80 y a inicio de los 90 existían programas de televisión cuyo contenido de corte cómico, asignaba algunas marcas dirigidas a la mujer en esta etapa de la vida, encaminadas de modo masivo a diversos segmentos de la población, con carácter negativo y ridiculizando a la mujer con denominaciones grotescas como *“la tía”, “la calurosa”, “la vegetal”, “la histérica”*. Estas denominaciones de manera sutil calan en el colectivo y construyen la creencia del climaterio, como etapa no deseada, incómoda y temida para el bienestar y el desarrollo cotidiano de la vida social. Al parecer, tales caracterizaciones fueron penetrando en la experiencia de vida de la autora en la concepción de la etapa del

climaterio con rasgos de negatividad y temor. Asimismo, fortaleció el interés por conocer más a fondo esta temática a partir de narrativas de las enfermeras (1).

Paralelamente se suman a esta experiencia de la vida de la mujer, los problemas propios de la edad adulta mayor, así como la carga familiar, la carga laboral, la influencia de los estigmas sociales y culturales, además el déficit hormonal que caracteriza esta etapa y que afectan la salud de la mujer en este periodo de la vida. La experiencia compartida fue valiosa para darse cuenta que, en el desarrollo profesional y social, estos eventos son parte de la vida de la mujer y es necesario saber llevarlo mediante un estilo de vida saludable (3).

Otra experiencia que marca la preocupación por esta temática es a través de la experiencia profesional como docente de la Unidad de Posgrado en Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, durante la coordinación de las Especialidades en Enfermería y al interactuar con licenciadas en enfermería realizando estudios de segunda especialidad en enfermería, se ha podido constatar que existe un porcentaje considerable de mujeres que se quejan de ciertas molestias propios de esta etapa de la existencia. Manifiestan cansancio, tristeza, irritabilidad, preocupación, lento aprendizaje en algunas asignaturas, poca tolerancia, consumo de alimentos con alto contenido calórico, escaso consumo de agua, referencia de poca práctica de ejercicio, escasas horas de sueño y poco tiempo de esparcimiento y descanso, entre otros, percibiendo además actitudes y sentimientos variados, como

(1) Enfermeras que estudian especialidades de enfermería procedentes de diferentes escuelas y hospitales, considerando en ellas el interés por estudios de posgrado.

vulnerabilidad emocional frente a la poca tolerancia percibida en su experiencia cotidiana.

Las experiencias descritas contrastadas a la luz del conocimiento existente, permiten constatar que la esperanza de vida de la mujer ha aumentado ostensiblemente en los últimos años en el mundo. A mediados del siglo XX, la esperanza de vida alcanzaba los 50 años y en Sudamérica, al inicio de este siglo, superaba los 70 años (4). La expectativa de vida de la mujer peruana para el año 2015 fue de 72 años y su perspectiva es llegar a los 75 años para el año 2020 (5).

Estas cifras indican que la mujer peruana vivirá en la postmenopausia más de un tercio de su vida (5). Por otra parte, en América latina se calcula que 37 millones de mujeres se encuentran en etapa de climaterio, representando el 8% del total de la población. El INEI (6), menciona que en nuestro país existen aproximadamente 2.1 millones o su equivalente, el 17.4% de la población femenina que cursan esta etapa de la vida. Las tendencias socio demográficas, destacan el envejecimiento poblacional como un cambio sobresaliente ocurrido en la estructura de la población mundial y nacional en las últimas décadas, siendo mayor en la población femenina (7).

Actualmente se considera que más de un 90 por ciento de las mujeres de países desarrollados pasa por la etapa del climaterio. En virtud de los logros alcanzados por la Salud Pública, se espera que 6 millones de mujeres peruanas alcancen los 75 años de edad al 2020, situación que explica la existencia de grupos preocupados por las manifestaciones físicas y sicosociales derivadas de los cambios de este periodo del ciclo vital humano y su impacto en la salud (6).

El término “climaterio” procede de una palabra griega “Klimater” que significa escalón o peldaño. Etimológicamente significa período de transición desde la etapa reproductiva (premenopausia) hasta la etapa no reproductiva (postmenopausia). Desde el punto de vista cronológico incluye a las mujeres desde los 35 hasta los 65 años (8).

El climaterio es un proceso natural y fisiológico en la vida de la mujer en el que ocurren cambios físicos, psicológicos y sociales, se extiende desde el inicio de la declinación de la madurez reproductiva hasta el inicio de la senectud. No todas las mujeres presentan un cuadro clínico característico, sino que afecta a cada mujer de manera diferente. Estas molestias están influenciadas por factores hereditarios y medio-ambientales, lo que explica las variaciones individuales. En términos prácticos, este período comprende desde los 40 a los 65 años de edad y en este período se incluye la última menstruación o menopausia (8).

Asimismo, el climaterio lleva consigo una serie de riesgos para la salud; la privación hormonal y los cambios involutivos normales de la edad, favorecen la aparición de transformaciones metabólicas tales como: obesidad, alteraciones cardiovasculares, aumento del riesgo de padecer hipertensión arterial y osteoporosis; así como el aumento del riesgo de sufrir cáncer de mama, cuello de útero y endometrio que pueden provocar que la mujer espere esta etapa con inquietud y miedo. Entonces, considerando la salud desde un enfoque integral, para el presente estudio sobre el climaterio se tomará en cuenta a la mujer en su unidad bio-psico-socio-espiritual (9).

Por otro lado, Prior refiere que vivimos en una sociedad que enfatiza la juventud como modelo ideal, sin valorar otras cualidades que se adquieren con la

madurez, como la experiencia, y otra forma de belleza, lo que hace que la sociedad tenga una consideración social negativa acerca del envejecimiento. Igualmente, en algunas sociedades avanzadas, la actitud hacia el climaterio es negativa, porque se la compara con la pérdida de la belleza, y la autoestima se deteriora a medida que se aproxima el momento de retiro de la menstruación (9, 10).

García (11) y Prior (9), en sus estudios aluden que el climaterio es un problema social con énfasis en cambios en el nivel de salud; donde prevalece la vulnerabilidad por considerarla como una etapa crítica en el ciclo vital de la mujer. Se confirma que las estrategias de afrontamiento y de autocuidado que posean determinarán la capacidad de afrontamiento positivo o negativo.

Es imposible negar que los mitos y creencias sobre el climaterio, conlleven que ciertos cambios que se presentan en esta etapa de la vida sean tergiversados y desfavorezcan el bienestar de la mujer. Por ser la mujer un ser con una capacidad creadora, integradora y de dirección exitosa del hogar, gracias a su intuición y fortaleza para alcanzar ciertos ideales y valores, se hace necesario conocer las vivencias de la vida cotidiana de la mujer enfermera en la fase del climaterio; la identificación de puntos críticos y sus significados, posibilitará la progresiva desmitificación de creencias o desvíos conceptuales e impulsar estrategias para el afrontamiento ⁽²⁾ asertivo, que le asegure calidad de vida en condiciones de igualdad de género.

Riguete (12) refiere que en torno al tema del climaterio se han creado una

⁽²⁾ Afrontamiento, actividad que el individuo pone en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. DRA (13).

serie de mitos que interfieren de diferente manera en la expectativa que tiene cada mujer sobre esta etapa, es por eso se recibe con angustia y sensación de fracaso la llegada del climaterio, ya que para ellas esta es una etapa poco afortunada y difícil de soportar. Asimismo, esta autora refiere que dentro de las características externas que se presentan en la mujer, la atracción física y la expresión sexual se ven disminuidas (14).

Otros de los mitos que caracteriza el climaterio son que la mujer es Sexualmente pasiva en esta fase, que por sumisión la mujer debe esperar la iniciativa del varón y asumir en la relación sexual una actitud pasiva o de complacencia; con la creencia de este injusto mito muchas mujeres asumen su sexualidad con resignación. Sin embargo, Gómez enfatiza que, a través de la historia, el status de la mujer en la sociedad dependía fundamentalmente de su apariencia, atractivo y capacidad sexual y que el climaterio era considerado como un sinónimo de muerte social (15).

En la mirada de Araya (16), cada país, cada cultura, tiene su visión sobre esta etapa incluso comentando que por los años 60, se decía que el climaterio era un “fantasma” que no adquiría carta de ciudadanía más que por la obra creadora de la imaginación y el miedo. Pero fue Don Gregorio Marañón por el año 1947, quien la denominó “la edad crítica”.

Los estudios han demostrado que la percepción de los síntomas durante el climaterio es diferente entre las mujeres y se deben a la deficiencia de estrógenos, sin embargo, las experiencias vividas, las expectativas existentes, los síntomas psicológicos relacionados a otros eventos reproductivos, así como los factores culturales y sociales implicados, influyen ampliamente en la intensidad de los

sintomas percibidos por la mujer. Se trata de un período de adaptación a los cambios en esta etapa de la vida (17).

En este sentido la percepción biológica del climaterio y sus síntomas varían de acuerdo a los factores genéticos, ambientales, hormonales, psicosociales, socioculturales y psicológicos. Esta afirmación está de acuerdo con el pensamiento de Helman, quien señala que la cultura de cada pueblo influye directamente en las actitudes, comportamientos, valores de las personas y puede facilitar o no la forma de vida de este grupo (18, 19).

En el área de enfermería cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que lo propio de una cultura sea válido para las demás. Aunque el climaterio es un proceso normal y no una enfermedad, está acompañada de connotaciones sociales negativas y muchas mujeres experimentan la pérdida de la función reproductiva como un proceso de duelo, que afecta profundamente su feminidad (20).

Fernández (21) afirma que durante el climaterio se evidencian dos tipos de reacciones fundamentales: La pérdida de la feminidad y de la capacidad reproductiva. Sin embargo, una de las funciones del profesional de enfermería está dirigida a escuchar a la mujer climatérica y ofrecer cuidados concretos, eficaces y oportunos sobre esta transición fisiológica, que le permitirá, disminuir la incertidumbre y el malestar que experimenta la mujer actual.

El cuidado de la mujer climatérica debe orientarse al fomento de estilos de vida saludable y prácticas de autocuidado no solo en las mujeres que lo están

vivenciando, sino fortaleciéndolas desde la niñez. Para ello es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario que conozca la visión que tiene la mujer de las etapas vividas, su impacto en el bienestar y con ello, promueva actitudes positivas para recibir y aceptar esta nueva etapa, con el menor traumatismo posible.

Algunos modelos de cuidado, han comenzado a vislumbrar la importancia de la atención integral a la mujer, basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Consecuentemente Bisognin et al, consideran de vital importancia las conductas de autocuidado en esta etapa de la vida, enfatizando que es una actividad aprendida por las personas y dirigidas hacia sí mismas, para regular los factores que afectan a la mujer en beneficio de su salud y bienestar (22).

1.2. Objeto de estudio

Vivencias de las enfermeras en climaterio: bases para el cuidado en la condición femenina, a la luz de Joan Scott.

1.3. Pregunta norteadora

Hábleme sobre su vida que tenga relación con el climaterio que ha vivenciado.

1.4. Pregunta orientadora

¿Cuáles son las vivencias de las enfermeras durante el climaterio de una universidad privada de Lima?

1.5. Objetivos del estudio

- Describir las vivencias de las enfermeras en la fase de climaterio.
- Analizar las vivencias de las enfermeras en la fase del climaterio a la luz de la teoría de Joan Scott.

- Construir las bases para el cuidado y la interacción de la mujer enfermera en la fase del climaterio en la perspectiva de género.

1.6. Justificación

El presente estudio destaca el fortalecimiento, empoderamiento e igualdad de género de la mujer en concordancia con los objetivos del milenio que buscan la equidad de género, asimismo el conocimiento obtenido desde la profundidad de los relatos de las enfermeras que vivencian el climaterio, aportan información específica desde el contexto de vida y trabajo en una sociedad en permanente cambio y donde, no obstante, se mantienen las creencias y mitos respecto a la feminidad/masculinidad; roles sexuales y rendimiento laboral, ligado a concepciones de género, que pueden modificar el bienestar y la autoestima de la mujer que enfrenta esta etapa.

Asimismo, según Pineda y Hernández (23, 24) el conocimiento construido desde la historia de vida narrada por las enfermeras, permite identificar los rasgos esenciales de las diferentes sub etapas desde el inicio del climaterio hasta su finalización; con la posibilidad de descubrir en los relatos, las principales necesidades emergentes respecto al sentir de la mujer, el impacto en su desenvolvimiento personal, social, laboral; la medida en que estimula o limita su percepción de autoestima y la capacidad para cuidar de sí misma, seguir siendo productiva y feliz.

Los resultados de la información narrada por las enfermeras en cada sub etapa del climaterio, posibilitará el diseño de modelos de abordaje del cuidado de la mujer en etapa de climaterio; propiciando las bases para lograr mayor bienestar y calidad de

vida en una etapa donde por todo lo vivido, no existe razón para minimizar las propias capacidades ni sentirse disminuida socialmente.

Por otra parte, la comprensión del impacto de la etapa climatérica en el cotidiano de las enfermeras, impulsará el diálogo entre ellas mismas y la interacción de sus pares, a fin de socializar estrategias para la superación y/o transformación de mitos y creencias que vulneran la salud y el bienestar de la mujer, asimismo, la interacción de la enfermera con la mujer, en la búsqueda de la esencia de significados y sentido del climaterio y el cuidado de pares como el acompañamiento transversal en la experiencia de la salud humana.

CAPITULO II

REFERENCIAL TEORICO CONCEPTUAL

CAPÍTULO II: REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL

2. 1. Abordaje empírico

En la revisión bibliográfica realizada, se puede constatar que existe escasa información en relación a experiencias de la enfermera en la etapa climatérica en su vida cotidiana y que cuidados realiza, sin embargo, consideramos algunas investigaciones relacionadas al presente estudio. A partir de la búsqueda realizada, se encontró las siguientes investigaciones relacionadas con el presente estudio:

Leyva (25), realizó el estudio titulado: El climaterio y las inmigrantes ecuatorianas: una experiencia natural en manos de otros, con el objetivo de comprender la experiencia de la menopausia entre las inmigrantes ecuatorianas que viven en Barcelona, España durante el período 2008-2009. El estudio tuvo un abordaje cualitativo fenomenológico hermenéutico. Trece mujeres ecuatorianas menopáusicas fueron entrevistadas en sus hogares. Las entrevistas fueron transcritas textualmente y analizadas siguiendo el proceso hermenéutico. En los resultados se obtuvieron cuatro dominios interrelacionados que fueron identificados como: Una experiencia individual natural, ser mujer, mi sexualidad en manos de otros y ser vs. Sentirse mayor. Llegando a concluir que la menopausia entre los inmigrantes ecuatorianos aparece como un evento natural repleto de falsos mitos y tabúes en cuya construcción influyen sustancialmente la biomedicina y el contexto social.

Parrado (26), realizó la investigación titulada: Significados de la menopausia en un grupo de mujeres de la localidad cuarta San Cristóbal, Bogotá, 2009 con el propósito de conocer cómo fue la experiencia de un grupo de mujeres en la etapa de la menopausia y la esencia de esta experiencia, con el fin de aportar elementos al

cuidado de enfermería. Se utilizó el método cualitativo fenomenológico. Los resultados indican que el hallazgo central fue la multidimensionalidad y variación del fenómeno en la vida de las mujeres, en los aspectos de: influencia de la madre, maternidad, relación con la pareja y los hijos y la transición a la vida urbana.

Los significados que se dieron a esta experiencia fueron: Libertad y nostalgia por la desaparición de la menstruación, desconocimiento de los cambios en el cuerpo y temor a la vejez, presencia de molestias entre lo que sintieron y la gente dijo, ausencia social y transformación del cuerpo, cincuenta años un hito importante en la vida, época de balance, una señal de vejez, expresión de sentimientos y un sello particular de cada mujer. El aporte fue recuperar necesidades para el cuidado de enfermería, la voz de las mujeres desde la experiencia, la unidad del ser y el ser en el mundo, como esencia del cuidado humano.

Araujo (27), realizó el estudio sobre La representación social de la vida sexual y sexualidad en el climaterio de la mujer, en Rio de Janeiro, Brasil, en el 2009, donde los objetivos fueron delimitados a describir las representaciones sociales del climaterio sobre esta fase de la vida, para analizar las repercusiones de la vida sexual en este periodo; y discutir las expectativas de atención de estas mujeres frente a su vida sexual y sexualidad. La metodología referencial se apoya en la representación social de acuerdo con Moscovici y Jodelet. El estudio contó con la participación de 40 mujeres de 45 a 65 años, que fueron separadas en dos grupos. El primer grupo constituido por mujeres en la premenopausia (45-55 años) y el segundo grupo, por mujeres en la post menopausia (56-65 años). Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista semi estructurada y un cuestionario para el perfil de las mujeres entrevistadas.

Los datos fueron tratados según el análisis de contenido temático de Bardin. Los resultados apuntaron tres grandes representaciones del climaterio sobre la vida sexual: el climaterio, como el momento de tranquilidad que hace posible la continuidad de una vida sexual placentera, siendo el apoyo el marido de la mujer, aspecto favorable en el cuidado de sí misma. Mientras que, en otro grupo, el climaterio se percibe como un peso debido a los cambios en el cuerpo asociado al envejecimiento. Aquí recibieron soporte médico a través de un tratamiento médico. En el último grupo, el climaterio fue percibido como una fase negativa debido a los problemas psicosociales, aquí se dio terapia de reposición hormonal. Los resultados revelan que la atención de enfermería que se brinda a la mujer en el climaterio hace posible la comprensión de su forma de pensar, sentir y actuar frente al mantenimiento o no de una vida sexual activa.

García (28), realizó un estudio titulado: Cómo viven su sexualidad las mujeres de mediana edad, un enfoque desde la vida cotidiana, en La Habana, Cuba en el 2009 con el objetivo de: constatar cómo vivencia la mujer de edad mediana su sexualidad, mediante la detección de indicadores diagnósticos, registrar los indicadores diagnósticos de sexualidad en la mujer de edad mediana, determinar los cambios más frecuentes que ocurren en su sexualidad y cómo lo experimenta, así como constatar el papel que tiene la relación de pareja en esta etapa de la vida. Utilizó la metodología cualitativa basada en las investigaciones y experiencias del Centro Marie Langer de Madrid. Los resultados obtenidos revelan: que la mujer de edad mediana vive su sexualidad de una manera no saludable; existe expropiación de su sexualidad desde el deber ser instituido; dificultad para la elaboración de los duelos que requiere esta etapa de la vida y dificultad en la comunicación de la pareja.

Dos Santos (29), investigó sobre la Experiencia del climaterio en un grupo de mujeres de una unidad de salud familiar, en Santa María, Brasil, cuyo objetivo general fue: La comprensión de cómo las mujeres vinculadas a la Unidad de Salud de la Familia en una ciudad del sur de Brasil vivencian la experiencia del climaterio. El enfoque utilizado se basó en un estudio descriptivo de campo cualitativo. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semi estructurada, entre marzo y agosto de 2009 y contó con la participación de 13 mujeres entre de 45 a 60 años.

El análisis temático de datos generó las siguientes categorías: la percepción de la mujer en el climaterio; Las percepciones sobre la sexualidad en el climaterio; La percepción de la propia imagen en el climaterio; La construcción del conocimiento en el climaterio; Apoyo y climaterio religioso; Servicios de salud y la mujer en el climaterio. Los resultados permiten afirmar que, en la actualidad, las mujeres experimentan el climaterio de muchas maneras, y que la experiencia se forma por las características biológicas, sociales y culturales. Por lo tanto, la práctica del cuidado de enfermería debe estar articulado con otros profesionales de la salud, para que se puedan aplicar medidas estratégicas de asistencia a las mujeres en el climaterio, la satisfacción de sus necesidades y lo que lleva a una vida activa y saludable, con el bienestar y la calidad de vida que se requiere.

Romero (30), en el estudio titulado: El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres, en México, 2010, con el objetivo de conocer la subjetividad de la experiencia en la menopausia a partir de las mujeres que la viven o vivieron. El principal interés reside en comprender los diversos significados inmersos en el discurso de cada mujer. La metodología utilizada fue cualitativa con enfoque fenomenológico, utilizando como técnica la entrevista en profundidad de

Olabuénaga R., 1996 y Taylor y Bogdan, 1986. Los resultados que se obtuvieron revelan que la etapa de la menopausia es vivida de forma distinta por cada mujer; quienes dieron cuenta de que existen tantas definiciones de menopausia como mujeres que la experimentan; y que la forma como cada una vive y le da significado propio depende de un perfil en particular, de una historia de vida, de creencias y costumbres, del contexto social, así como de sus expectativas personales.

Prior (9), en el estudio titulado: El logro de la madurez femenina: la experiencia del climaterio en un grupo de mujeres, en Murcia, España, en el 2011, cuyo objetivo de investigación fue: Reconocer las vivencias del climaterio como proceso holístico de un pequeño grupo de mujeres entre 45 y 55 años de una localidad murciana. De metodología cualitativa - descriptiva. Se realizó entrevistas semi estructuradas. Población de estudio: 5 mujeres con edades comprendidas entre 45 y 55 años. Los resultados obtenidos tras el análisis textual dividieron los resultados en 7 categorías interrelacionadas: (1) conceptos en torno al proceso, (2) información de la que disponen, (3) cambios somáticos y psicológicos, (4) sexualidad, (5) repercusiones sociales, (6) significados y sensaciones en torno al climaterio y (7) miedos y acciones para el auto cuidado.

Concluyendo que las mujeres encuentran en la menopausia aspectos tanto negativos como positivos y neutrales, cuya balanza configurará que su paso por esta etapa sea de crecimiento o de decadencia. La enfermera debe eliminar tabús y conceptos erróneos y ofrecer una educación para la salud que fomente el correcto auto cuidado, donde se minimice la tendencia predominante de medicalizar este periodo y se observe desde una perspectiva holística ya que todos los aspectos configurarán su vivencia.

Morales et al (31), realizaron un estudio titulado: Creencias y vivencias de mujeres adultas sobre la menstruación en el municipio de Cota, en Colombia, en el 2011 con el objetivo de documentar las creencias, prácticas y medidas terapéuticas, sobre los cuidados de la menstruación en mujeres adultas. Método cualitativo en un contexto individual y sociocultural, con enfoque teórico etnográfico y fenomenológico realizado en 28 mujeres entre 48 y 97 años, seleccionadas por bola de nieve, realizado mediante entrevista semiestructurada, con análisis por edición. Los resultados muestran que existe una cultura tradicional de cuidados corporales en el municipio de Cota alrededor de la menstruación, las cuales hacen énfasis en tres áreas: la dieta, el cuidado del cuerpo con el balance frío-calor y las restricciones sociales. Su conocimiento facilita la interacción e intervención desde la atención de los servicios de salud.

Riguete (12), en el estudio: El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura, en Rio de Janeiro, Brasil, en 2012, con el objetivo de caracterizar en la literatura científica la experiencia de las mujeres que están en el climaterio. La metodología utilizada fue la de revisión sistemática de la literatura, proceso que se refiere al diseño de un estudio secundario a través de estudios primarios que son analizados de forma cuidadosa y establece como criterios de inclusión artículos científicos en lengua portuguesa, inglesa o española con recorte temporal de enero de 2004 a diciembre de 2010.

La búsqueda sobre antecedentes internacionales se llevó a cabo en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) con los descriptores *climaterio* y *salud de la mujer*, en un período de tiempo desde 2004 hasta 2010 y, posteriormente, fueron seleccionadas 13 investigaciones de campo en la base LILACS que abordaban la

experiencia de mujeres en la etapa de climaterio. Del análisis surgieron las categorías: climaterio como etapa psico-fisiológica de la vida, busca de una vida saludable en el climaterio y acciones de salud dirigidas a las mujeres menopáusicas. Concluyendo que existe la necesidad de vincular eficazmente el fenómeno del climaterio a la política pública de salud en Brasil, y a la expansión de los servicios de salud que permitan satisfacer la demanda y la atención integral a las mujeres que experimentan el climaterio.

Resaltando el trabajo del profesional de enfermería, Següel et al (32), en la investigación titulada: El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura, en Chile, 2015, con el objetivo de revisar la literatura y analizar las características del "trabajo" en enfermería, inmersa en el mundo globalizado de la época contemporánea, de acuerdo a los resultados obtenidos en diferentes publicaciones que se refieren al tema. La metodología se basó en la revisión bibliográfica desde los años 2000 al 2010 en bases de datos informatizadas: Web of Science, Medline, Pubmed Scielo, Lilacs, Bireme y Cuiden, de artículos a texto completo que presentaron en el título los siguientes descriptores: "trabajo", "enfermería", "salud laboral" o "rol de la enfermera".

Resultados: 39 estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Se distinguen las siguientes temáticas abordadas en las investigaciones: "actividades realizadas por los enfermeros", "condiciones de trabajo en las cuales se desempeñan", "el género como condición característica", "consecuencias producto del trabajo excesivo" y "satisfacción laboral". Conclusión: Las funciones y actividades del profesional de enfermería se distribuyen en diferentes ámbitos, con

múltiples satisfacciones, pero en muchas ocasiones se realizan en condiciones deficientes, con alta demanda y estrés, pero con motivación y compromiso.

Hay investigaciones nacionales que abordan los conceptos sociodemográficos, biológicos, concepciones, el climaterio en la vida de la mujer y las necesidades de cuidado de las mujeres en esta etapa de la vida como lo manifiestan algunos investigadores. En el Perú se encontró el siguiente trabajo:

Carmona (33), en el estudio titulado: proceso de adaptación en las mujeres hysterectomizadas según la teoría de Callista Roy, en Chiclayo, Perú en el 2012 con el objetivo de: describir y comprender el proceso de adaptación de las mujeres hysterectomizadas según la teoría de Callista Roy y analizar sus aportes a la enfermería. El tipo de investigación es cualitativa con un enfoque metodológico basado en estudio de casos. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada aplicada a nueve mujeres hysterectomizadas y se obtuvieron por la técnica de saturación, siendo el escenario sus propios hogares. Los resultados presentados revelan que el personal de salud deberá orientar a esta mujer junto a su familia, puesto que la familia es la cuidadora directa en el hogar, así mismo el esposo como el principal apoyo para superar los temores que origina esta cirugía relacionados básicamente a la feminidad, sexualidad y desempeño de roles.

Frente a los estudios presentados, podemos observar que el climaterio todavía es fuertemente conocido por las alteraciones referentes a los síntomas físicos, psicológicos y sociales; así como por el miedo a envejecer y a tener una vida sexual insatisfactoria. Asimismo, se evidencia que hay necesidad de atender la demanda del climaterio mediante la atención integral de parte del profesional del enfermería que

es el profesional que esta las 24 horas con el paciente y el que brinda el cuidado integral a la persona, a fin de que predomine el mantenimiento de la calidad de vida de las mujeres en este periodo de la vida.

2. 2. Referencial Contextual

La vida humana atraviesa durante la historia, etapas características del nacimiento a la muerte, identificadas por la condición genérica de ser hombre o mujer; condición que, teniendo bases genéticas y socioculturales, entre otras, ha mediatizado las maneras de sentir, pensar y actuar en la sociedad. La resultante de esta subjetividad configurada según Hernández, dio lugar a posturas sociopolíticas y culturales desfavorables para la mujer (34).

Aun existiendo para la mujer, el reconocimiento de los derechos humanos en el plano internacional, por sí solos son todavía insuficientes para dar respuesta adecuada a la diversidad, especificidad y complejidad de la desigualdad entre hombres y mujeres; por ello se requiere contar con instrumentos y desarrollar una serie de políticas especiales para grupos de mujeres que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad, a fin de que se reconozcan sus necesidades particulares y se garantice la eliminación eficaz de las desigualdades existentes en perjuicio de su salud e integración social en cumplimiento de los objetivos del milenio.

Políticas Públicas

Desde 1970, las mujeres en forma organizada, han luchado para que se amplíe la normatividad sobre la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que surgió tras la traumática experiencia de la Segunda Guerra Mundial, del fascismo y el holocausto judío, dando lugar a los siguientes instrumentos:

La *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, aprobada por la Asamblea general de las Naciones Unidas en 1979. Se reconoce que la persistencia de la discriminación viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana que obstaculiza la participación de la mujer en la vida política, social, económica y cultural de sus países, limitando el incremento del bienestar de la sociedad y familia, por lo que se impone la modificación de los roles tradicionales del hombre y la mujer en la vida socio familiar (35).

En 1993, fue posible que la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptara la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Instrumento donde se establece la distinción entre violencia común y violencia contra las mujeres, sobre todo si es víctima por ser mujer o sufre los efectos de manera desproporcionada (35).

En Viena en 1993, se realizó la *Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos*, significó un avance decisivo, al tratarse los derechos de las mujeres como tema independiente y no marginal. La comunidad internacional reconoció e hizo explícito que los mecanismos existentes para la protección y promoción de los derechos humanos eran insuficientes e inadecuados a las realidades particulares que enfrentan las mujeres, propiciando la plena participación, en condiciones de igualdad, a la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional, así como la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual incompatibles con la dignidad de la persona humana (35).

Para América Latina y El Caribe, se promulgó una norma fundamental denominada: la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Desde 1990 en adelante, las naciones establecieron acuerdos para lograr resultados concretos, elaborando planes específicos de acción que se vienen desarrollando periódicamente, jugando un rol relevante en la generación de consensos en torno a los derechos humanos de las mujeres (36).

Entre las Conferencias relevantes se cita a:

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo 1994). De un paradigma centrado en el control del cuerpo de las mujeres se pasó a un paradigma de derechos, en que se reconocía la libertad de hombres y mujeres para realizar la planificación de su vida y sus derechos reproductivos, estimulando y promoviendo las relaciones respetuosas e igualitarias entre mujeres y hombres, que respaldaba la participación de la mujer en igualdad y representación equitativa, en todos los niveles del proceso político y de la vida pública.

En esta conferencia se consideró la eliminación de toda práctica discriminatoria contra la mujer, incluido el lugar de trabajo, los sistemas de seguridad social y medidas encaminadas a reducir la carga de las responsabilidades domésticas, a través de promulgación de leyes y la aplicación de programas y políticas que permitan a los empleados de ambos sexos armonizar en sus responsabilidades domésticas, familiares y laborales, incluidas la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, y la participación y contribución al ingreso familiar y al bienestar de los niños (35, 36).

La *IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing* 1995 ⁽³⁾. Los acuerdos aprobados reiteran lo ya consensuado por los gobiernos en Viena (1993) y el Cairo (1994). Se articuló por primera vez la agenda del desarrollo y la de los derechos humanos. Entre otras contribuciones figuran el claro reconocimiento de la responsabilidad de los gobiernos en trabajar activamente para lograr la igualdad de género, la importancia de los derechos humanos y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

En este evento se trabajó dos estrategias claves para progresar en el reconocimiento de la igualdad de los derechos: el denominado *mainstreaming*, que fue el paso fundamental para la incorporación de la perspectiva de género en la atención de la mujer, por el cual se reconoce la necesidad de influir a través de todas las metodologías, análisis, políticas y planificación, desde una perspectiva de género y el *empoderamiento* de las mujeres; se agregó además la obligación de desagregar toda información por sexo y definir indicadores de género (35).

Esta temática esclarece el contexto político global donde la justicia económica y de género tiene que ser negociada; esta Conferencia integró Declaración y propuso la Plataforma para la Acción. Sin embargo, a inicios del siglo XXI se delinea una brecha entre los compromisos adquiridos y acordados por los países y su verdadero cumplimiento, realidad que da lugar a la siguiente Declaración

⁽³⁾ Biblioteca Virtual en Salud. Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer 15 setiembre 1995, A/CONF.177/20 (1995) y A/CONF.177/20/Add.
<http://www.legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=37&item=12>

La Declaración del Milenio (2000), evento que congregó a 189 países de las Naciones Unidas acordando que el mayor desafío del nuevo milenio, era cerrar dicha brecha. Surgen en este contexto los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A fin de mejorar la condición de la humanidad en áreas de erradicación de la pobreza, la paz, seguridad, protección del medio ambiente, derechos humanos y democracia; los países reconocen la absoluta necesidad de avanzar en el ejercicio de los derechos humanos de todas las personas; especialmente el promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres como camino para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y estimular así un desarrollo sostenible verdadero. Asimismo, al observar cuales son los Objetivos del Milenio, se encuentra que algunos de ellos tienen estrecha relación con el área de salud reproductiva, la situación de la mujer, la igualdad de género y la autonomía de la mujer. Esto indica la verdadera dimensión del valor que posee la mujer en el desarrollo humano y cómo para analizar estrategias de desarrollo humano incluyendo el ciclo vital, necesariamente se requiere abordar la situación de la mujer (37).

En el Perú, el informe sobre la *Evolución de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2012*, menciona que se ha obtenido importantes logros y las brechas de diferencia que se tenía con los hombres en el área laboral, económica, político, de salud y de poder, se han reducido. Sin embargo, el ritmo ha sido lento y aún persisten desafíos notables por alcanzar, dado que estas transformaciones tienen gran influencia cultural, social y económica, mismas que a su vez permitieron la mayor incorporación de las mujeres en el mercado laboral y político a fin de promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer en el Perú (38).

Después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD) en 1994 se reenfocó el concepto de salud sexual y reproductiva, la misma que fue incorporada como derecho de las personas. Los 184 países que suscribieron el Programa de Acción de la CIPD, incluido Perú, se comprometieron a realizar los esfuerzos necesarios para adoptar las medidas planteadas en dicho Programa (39).

Tanto hombres como mujeres presentan diferencias en salud, producto de la desigualdad, exclusión o discriminación. Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud, derivada de su función reproductiva y de sus características biológicas. Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría y puede hacerse abordando la injusticia y la inequidad.

Otro ejemplo de aplicar el enfoque de género es la mortalidad materna, que ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres y es reconocida como un marcador de compromiso del Estado con el derecho a la salud. La pobreza tiene un mayor efecto sobre la salud de las mujeres debido a que restringe el acceso a los servicios de salud, así como a otros bienes y servicios; lo que es producto de la discriminación. En función de sus bajos ingresos ellas tienen que invertir proporcionalmente más en la atención de su salud (39, 40).

Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Dedicada de manera exclusiva a la atención de la salud sexual y reproductiva, abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto -donde se presenta el climaterio- y adulto mayor. Asimismo, está en estrecha relación con el entorno familiar y social de la mujer, así como con su

medio ambiente, promoviendo el logro y conservación de su salud sexual, complementando el cuidado con atención integral específica y diferenciada tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida sobre todo muy complejas en el climaterio (39, 41).

Sin embargo, estas políticas de salud desvirtúan la condición de la mujer en su integridad, pues un ejemplo de la aplicación del enfoque de género, sería la atención de la mujer en el climaterio, donde el proceso reproductivo de la mujer debería ser atendido en la Estrategia Salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud; pero las políticas vigentes giran alrededor de la planificación familiar, atención del embarazo, parto y puerperio, desde los intereses del gobierno. Se encuentra entonces, que los esfuerzos gubernamentales de ampliar la atención a la mujer, caracterizan la asistencia a la mujer como objeto de reproducción y no como sujeto de atención en la condición femenina.

2.3. Referencial Conceptual

2.3.1. La mujer adulta en la etapa del climaterio: una mirada integral

El climaterio comprende el “período de la vida que precede y sigue a la extinción de la función genital”, etapa “ineludible durante la vida de todas las mujeres que se presenta entre los 35 y los 65 años, con marcadas irregularidades menstruales. Sin embargo, es un proceso normal y natural” (14, 42).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud hace referencia al climaterio “como una etapa de la vida de la mujer de límites imprecisos en la que

se producen importantes cambios, tanto desde el punto de vista físico como psicológico y social” (43).

A su vez, la Federación Brasileña de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia menciona que el climaterio es un período de transición controvertido y crítico en el proceso de envejecimiento que sufre la mujer. Es el período de la fase reproductiva y la no reproductiva de la vida de la mujer, que se produce cuando los ovarios llegan a su producción más baja e insuficiente de estrógenos lo que no garantiza la reproducción y el mantenimiento de las características funcionales de los órganos femeninos (44).

La Sociedad Peruana del Climaterio, considera que el climaterio no es una enfermedad, es más bien una etapa de transición en la cual la mujer va a sufrir una serie de cambios físicos, psicológicos, emocionales y hormonales, que se caracteriza por la pérdida de la capacidad reproductiva (45).

En relación al climaterio, Bajo, señala que el climaterio comprende un “periodo amplio en la vida de la mujer en el que se produce el paso progresivo del estado reproductivo o periodo fértil de la vida al no reproductivo como consecuencia del agotamiento folicular. En adición, Pacheco, menciona que el término “climaterio” procede de la palabra griega “Klimater” que significa escalón o peldaño. Etimológicamente significa período de transición desde la etapa reproductiva (premenopausia) hasta la etapa no reproductiva (postmenopausia) y dentro de estos márgenes se presenta la menopausia con fechas que difieren por factores diferentes (46, 47).

En Colombia un trabajo prospectivo reportó que la llegada de la menopausia es a los 47 años. En otros informes de países del área como Venezuela se

encontró a los 50 años. En el Perú, en un trabajo realizado por Dulanto, la edad promedio de la menopausia fue de 48 años en Lima ciudad y 45 años en la altura (Cerro de Pasco). En otras investigaciones posteriores, en diferentes territorios del país, este evento se ha mantenido entre 47 y 48 años (48, 49, 50, 51).

En los Estados Unidos los factores ambientales como determinantes de la edad de la menopausia temprana son desnutrición, duración de la menstruación, nuliparidad, hábito de fumar, bajo ingreso económico, escaso nivel educacional, ausencia de antecedentes de uso de contraceptivos orales, nivel socioeconómico bajo, raza y etnia. El peso corporal elevado está asociado con menopausia más tardía. En los estudios de Dulanto y Villena, ya mencionados, los factores asociados con edad más temprana de la menopausia son: vivir a una altura superior a 2000 metros, nuliparidad y tabaquismo (50, 52, 53).

La paridad, el uso prolongado de anticonceptivos orales y el mayor peso, están asociados a la presentación tardía de la menopausia, mientras que el tabaquismo, vivir a grandes alturas y la cirugía, especialmente la histerectomía, por el posible compromiso vascular del ovario, predisponen a una menopausia precoz (52, 53).

Paralelo al periodo climatérico se presentan algunas enfermedades propias de la edad como las enfermedades coronarias que tienden a manifestarse 10 a 20 años más temprano en hombres que en mujeres. Las tasas de incidencia específicas por edad de accidente cerebro vascular son generalmente más altas en hombres que en mujeres (4).

Algunos factores como la obesidad y el tabaquismo, asociados a otros cambios en el organismo femenino cuando claudica la producción estrogénica por el ovario, pueden indicar que la principal causa de muerte en las mujeres climatéricas españolas son las enfermedades cardiovasculares que, después de los 55 años, superan a la mortalidad por cáncer de mama. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España reflejan que las mujeres se encuentran, en general, peor que los hombres a las mismas edades, con morbilidad representada por hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, depresión, osteoporosis y migraña (53).

Al analizar las causas principales de muerte también se puede hablar de una transición epidemiológica en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Aunque el orden varía de un país a otro, las cinco causas principales de mortalidad en la mujer latinoamericana son: enfermedad cardiovascular, cáncer, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus e infecciones. Otras causas de morbilidad están representadas por artrosis y osteoporosis, que se manifiestan como síntomas de envejecimiento prematuro, además de las ya mencionadas como causa de muerte (54).

En el Perú la mujer de edad mediana desempeña un triple rol social: el reproductivo, como cuidadora de la familia; el productivo, por el aporte que brinda a la economía nacional; y el comunitario, al pertenecer a organismos y organizaciones de masa, donde muchas veces ocupa cargos de dirección. Es decir, que se ha incorporado al espacio público, sin redistribución de las actividades relacionadas con la familia, lo que implica una sobrecarga que puede afectar la intensidad del síndrome climatérico (49).

Se considera frente a las referencias señaladas, que esta etapa en la vida de la mujer, aún caracterizada por la disminución gradual de la producción de hormonas sexuales femeninas que origina un conjunto de signos y síntomas desagradables, denominado síndrome del climaterio y a la propensión de patologías propias de la deprivación hormonal, sigue siendo parte de los procesos fisiológicos que enfrenta la persona en su cotidiano, requiriendo actitudes positivas de aceptación de los cambios y las acciones concretas para adaptarse y seguir consagrada a sus proyectos de vida y personas significativas (50).

El climaterio es un proceso biológico natural en la vida de la mujer, en el que la mujer pasa por una experiencia existencial profunda en el ámbito de las relaciones sociales, familiares, en la vida conyugal, profesional y espiritual, donde el contexto familiar, sociocultural y religioso adquiere especial importancia. En este lapso, la mujer enfrenta problemas biosociales resultantes de los cambios del perfil hormonal, muchas veces con repercusión clínica. El climaterio representa un conjunto de alteraciones orgánicas y emocionales cuyo inicio generalmente es confundido con la menopausia que es el final del periodo reproductivo por presentarse allí la última menstruación. Sin embargo, algunas mujeres pasan por esta etapa de la vida sin experimentar los cambios biológicos ni psicológicos del climaterio, donde los síntomas más comunes son: sofocos, dolores articulares, nerviosismo, depresión, insomnio, alteraciones cardiovasculares y endocrinos (55).

La mayoría de las mujeres vive el climaterio en silencio, con poca información respecto a esta etapa de la vida, pues la belleza vinculada a la juventud y a la fertilidad en la opinión de Mendoza, siguen siendo intensamente

valorados interfiriendo con la identidad de la mujer, lo que afecta negativamente la autoestima y el desenvolvimiento femenino generando miedo y desconfianza a las mujeres que se aproximan a este periodo (56).

Frente a esto, la Febrasgo, considera que las molestias mórbidas que sufren las mujeres dependerán del nivel de información que tengan, de sus concepciones de la vida, de la interacción de sus valores internos y de la fuerza vital adoptada en el día a día. Existe equilibrio cuando no hay manifestaciones clínicas desagradables o estas son bien toleradas, sin embargo, puede existir desequilibrio si la intensidad de los síntomas afecta el bienestar psisocial de la mujer (44).

Los estudios sobre mujeres en el climaterio, muestran que ellas viven con dudas y a la vez con deseos de superar los problemas de salud que afrontan, a la vez tienen esperanza de encontrar apoyo y alivio para sus malestares en la familia, así como en los profesionales de la salud, especialmente de enfermería (57).

2.3.2. Impacto de las modificaciones en la etapa de climaterio en la salud de la mujer

Al igual que la menarquia en la adolescencia, la menopausia es en el climaterio la manifestación biológica, que separa la vida de la mujer en dos grandes etapas: la reproductiva y la no reproductiva, como producto del cese de la función ovárica, hecho que ocasiona la pérdida de la fertilidad, final de la capacidad reproductiva de la mujer y cese permanente de la menstruación, lo que quiere decir que es la desaparición de una de las manifestaciones externas de la vida reproductiva femenina; por tanto constituye uno de los momentos más relevantes en la vida de la mujer y del climaterio en particular (58).

Asili, Mongrout y Unsandizaga, (58, 59, 60), consideran que los síntomas neurovegetativos y psicológicos son otras de las modificaciones de impacto, consideradas como molestias que alteran el bienestar de la mujer en el climaterio. Estos síntomas vegetativos son sofocos, sudoraciones, mareos, palpitaciones, parestesias, cefaleas. Los síntomas psicológicos incluyen nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, insomnio, pérdida de energía, estado de ánimo depresivo, y disminución de la libido o del poder de concentración. De todos estos síntomas, en estudios bien controlados sólo los sofocos, las sudoraciones y la atrofia vaginal, han sido asociados directamente con la menopausia. La pérdida de memoria no está probadamente relacionada con el climaterio, sino con la edad; sin embargo, hay trabajos que los relacionan, dado que el grupo de pacientes tratadas con terapia de reemplazo hormonal refieren mejoría.

Tanto el inicio del climaterio, la etapa cumbre y la culminación del mismo, tienen características variables en intensidad, tipo de molestias relevantes, así como la gama de sentimientos, emociones y expectativas generadas en la mujer como persona en un entorno determinado, que es preciso comprender y revalorar.

Los cambios reales observados durante el climaterio, evidencian compromiso real y potencial con la calidad de vida que experimentan quienes transitan por esta etapa. El cuerpo femenino ha dejado de ser fuente de atracción en la percepción de la propia mujer porque ella ha configurado socialmente una imagen de su ser y de su rol a nivel de familia, sociedad y comunidad, siendo más afectadas algunas dimensiones de su vida: la sexualidad, fertilidad y las condiciones para la interacción con la pareja, la familia y los miembros de la sociedad y trabajo (59).

Incorporar la preocupación por la salud de la enfermera en este contexto, equivale a superar la concepción del cuerpo humano como una máquina, a la enfermedad o malestar como desperfecto de esa máquina y al personal de salud, como autoridad legítima para recuperar la salud solucionando el desperfecto o la causa más inmediata de la molestia. La medicalización hormonal es una de las estrategias que más se ha modificado en los últimos años (9).

Estas experiencias hacen a la mujer más sensible por los cambios y molestias vivenciadas, quien muchas veces realiza directa o indirectamente, la búsqueda de una salida a la situación; para ello comparte su conocimiento, dolencias, decepciones y esperanzas, con quienes le rodean: familia, amigos, compañeros de trabajo. Saber afrontar los cambios fisiológicos del climaterio es buscar la salud, porque esta es un valor y todo aquello que no satisface, en un amplio sentido, causa malestar; la nueva visión de la salud no es más un concepto lineal, es más

Etapas del climaterio

Premenopausia: Es de inicio poco sintomático, comprende los años anteriores a la menopausia, entre los 35 y 45 años de edad, también es conocido como climaterio temprano y se caracteriza por la aparición de ciertas irregularidades del ciclo menstrual y trastornos vasomotores, debido a la disminución de folículos del ovario y capacidad de respuesta disminuida a las gonadotropinas hipofisarias, estos eventos elevarán los niveles de FSH y disminuirán los estrógenos circulantes como el estradiol (58).

La inhibina producida por los folículos y que inhibe la FSH, se encuentra disminuida, esto sustenta la elevación de FSH, duración corta de la fase folicular del ciclo y el proceso precoz de la ovulación, que son

responsables de las alteraciones de los ciclos menstruales, también se presenta polimenorrea y acortamiento del ciclo, ciclos ovulatorios y no ovulatorios irregulares; de igual manera se puede producir oligomenorrea o ciclo largo, porque se alarga la fase folicular al quedar pocos folículos. La elevada producción de estrógenos puede hacer que el endometrio proliferen y, aunque no se produzca la ovulación, aparecen metrorragias después de un largo ciclo por descamación del endometrio al caer los niveles de estrógenos. Llega un momento en que los niveles de estrógenos son tan bajos que no producen cambios en el endometrio con lo que tienen lugar la amenorrea (58, 60, 61, 62).

Posmenopausia: Conocido también como climaterio tardío, se presenta entre los 56 a 65 años. Se caracteriza por amenorrea mayor de un año. El declive hormonal trae consigo consecuencias como: sequedad, adelgazamiento de la piel y mucosas, mayor probabilidad de inflamaciones e infecciones, dispareunia, incontinencia urinaria entre otros. La vista y el oído también sufren alteraciones, las hiperlipidemias y los trastornos cardiovasculares e hipertensivos pueden llegar a ser la primera causa de muertes. La osteopenia y la osteoporosis también son de trascendencia, la obesidad contribuye a la enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión y dislipidemias. Resaltando que en esta fase de la vida se acentúan las enfermedades propias de la tercera edad, tales como la diabetes, la involución senil, el síndrome de Alzheimer, el cáncer (8, 58, 61, 62).

Perimenopausia: Es el periodo que comprende unos cuantos años antes y después de la menopausia, entre los 46 a 55 años, se caracteriza por presentar

los mayores síntomas climatéricos. La menopausia es el cese definitivo del ciclo menstrual en la vida de la mujer, manifestada por la ausencia de menstruaciones por un periodo de un año (60, 61, 62).

Manifestaciones vasomotoras

Uno de los síntomas clásicamente asociados a este periodo son las manifestaciones vasomotoras. Un sin número de investigaciones reportan que los bochornos son la expresión climatérica más referida por las mujeres. Más del 85% de las mujeres perimenopáusicas presenta bochornos o sudoraciones nocturnas; de este grupo, el 10% persiste a pesar de recibir tratamiento (32, 63).

Mientras que para algunas mujeres los bochornos no representan un problema durante el climaterio, porque son de poca duración y ocurren infrecuentemente (16), para otro grupo los síntomas climatéricos y principalmente los vasomotores influyen negativamente en la calidad de vida. La experiencia de las mujeres climatéricas sintomáticas y la causa de severidad de los síntomas han sido poco estudiadas.

La sexualidad

La sexualidad femenina comprende formas de abordaje inagotables. A las personas no familiarizadas con esta etapa y su significado, se les hace difícil pensar que las mujeres de edad mediana tengan todavía sentimientos, necesidades, sensaciones y relaciones de tipo sexual, todo lo cual lógicamente viene dado por mitos y estereotipos culturales.

La sexualidad es un atributo importante de nuestras vidas, requiere ser canalizado de manera adecuada e insertarla en la totalidad de nuestro ser. Cuando en nuestra cultura cargamos este aspecto de ideas erróneas, podemos llegar a perder de vista muchas vivencias hermosas y placenteras en las diversas etapas del ciclo vital humano (64).

Los años en que se presenta la menopausia representan una etapa de la vida acompañada de muchos cambios, entre los que se encuentran las modificaciones de tipo fisiológico, psicológico, ginecológico, sexual y social. En cada uno de ellos hay alteraciones que de forma directa contribuyen a provocar cambios y modificaciones en la forma de vivir la sexualidad femenina o hacer frente a los retos que plantea el climaterio.

Cuando hablamos de sexualidad en su sentido más amplio consideramos el conjunto de condiciones, estructuras, fisiología, comportamiento y contexto sociocultural que permiten el ejercicio de la función sexual. Abarca nuestros sentimientos, nuestra conducta, la manera de expresarnos y de relacionarnos con los demás. Los sentimientos, criterios, convicciones y posiciones que tenemos las personas en materia sexual son únicos y a la vez variados; cada uno experimenta su sexualidad de forma personalizada, pues viene dada por una experiencia personal y privada, así como también por influencias contextuales públicas, que son las que impone la sociedad (65).

No podemos comprender la sexualidad humana sin reconocer de antemano su carácter pluridimensional; es decir, tiene que haber una dimensión personal, individual, donde se expresa el yo del individuo; una dimensión de pareja

donde se produce una expresión de vivencias, goce, placer o displacer en la pareja; una dimensión familiar donde se manifieste la reproducción y la comunicación filial, así como también una dimensión social donde se exprese comunicación y mandatos sociales.

La respuesta sexual femenina como parte de la sexualidad de la mujer durante el climaterio está mediada no solo por los cambios fisiológicos sino principalmente por el contexto sociocultural en el que se desenvuelve; requiere ser estudiada y comprendida con un enfoque de género, pues ello influye de manera decisiva en el bienestar y la salud de la mujer, en su capacidad de adaptación. Se sabe que durante esta época de la vida el desequilibrio y la disminución de los estrógenos producen alteraciones y atrofia en el aparato genital femenino, así como en el organismo en general; por tanto, es comprensible y lógico que la respuesta sexual también sufra modificaciones (65).

Estos cambios traen como consecuencia modificaciones en la respuesta sexual caracterizadas por la disminución del deseo sexual, el dolor durante el coito, la evitación del coito, así como también la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales. Elementos que de alguna manera condicionan variaciones en la interacción de la pareja.

De modo trascendente, la conducta sexual se guía en gran medida por el sentido de la vida, el sentido personal del individuo sobre la sexualidad y por su integración al sistema de valores de la estructura social, de ahí que el tratamiento y enfoque de estos problemas deba realizarse y comprenderse con

un enfoque multidisciplinario, que brinde la posibilidad del mejoramiento humano y en especial de la propia sexualidad. La llegada del climaterio, modifica la vivencia de la sexualidad sin que las personas, hombres y mujeres se encuentren preparados para enfrentar tales modificaciones (64).

Ninguna revisión sobre los cambios en la esfera sexual durante el climaterio estaría completa si no se consideran también los cambios que ocurren en el varón durante estos años de la vida, pues él también sufre cambios en su respuesta sexual y se producen modificaciones caracterizadas por la disminución del rubor sexual, la disminución de la turgencia del pene durante la erección, pues se demora más en alcanzarla, y puede solo lograrla de forma completa minutos antes de la eyaculación, una disminución de la intensidad de eyaculación en cada coito, el alargamiento del período refractario y naturalmente una disminución del deseo sexual.

Acompañan a los cambios orgánicos y a las insatisfacciones sexuales, los problemas de comunicación y afecto que actúan de forma negativa y empeoran el desempeño sexual de estas parejas, y hacen del acto sexual una forma de rutina en el matrimonio. Si todos los cambios de la respuesta sexual que se van sucediendo a medida que envejecemos se conocieran, se aceptaran y se compartieran en pareja, sería menor el sufrimiento que enfrentan los seres humanos. El desconocimiento de los cambios, y el miedo que estos generan hacen que los humanos tomemos decisiones erróneas, mantengamos falsos conceptos sobre nosotros mismos y de nuestra sexualidad (65).

Como cualquier época de la vida, el afecto, la comprensión, la comunicación y el cariño son imprescindibles en la realización humana, y mucho más durante el climaterio donde la respuesta sexual tiene modificaciones; sin esos recursos, las dificultades serán mucho más frecuentes y oscurecerán el pronóstico de una fase también importante en la vida de la mujer.

La imagen de sí mismo

La valoración que hace la persona de sí misma es fundamental respecto a su manera de actuar en la vida y en el trabajo, en el amor, en el sexo, como madre, en cada aspecto importante de su existencia, realidad aplicable al sentido de logro, hasta dónde puede ascender en la vida. La reputación que nos forjamos ante nosotros mismos, nuestra autoestima, es el único factor de fundamental importancia para alcanzar la plenitud (66).

Aquellas mujeres que tienen una personalidad equilibrada, una autoestima adecuada, evidente satisfacción con su vida sexual, familiar y personal, experimentan un climaterio menos sintomático y asumen estos cambios positivamente. Efecto contrario se observa en mujeres con autoestima disminuida, quienes expresan con mayor severidad el síndrome climatérico, de manera tal que en la baja autoestima influye el deterioro de la imagen, el no logro de las metas trazadas y la realización personal disminuida (65).

La autoestima durante la etapa climática, señalan Couto y Nápoles, en términos de relaciones de pareja, pueden presentarse de diferentes maneras: cuando la pareja es estable y la comunicación es inadecuada, la mujer siente

disminuida su condición de “femineidad”, con temor a la pérdida de la pareja o a no encontrarla cuando se carece de ella. Cuando el esposo, contemporáneo en edad, busca compañía de mujeres más jóvenes, ella ve mermada su autoestima y la satisfacción personal como mujer, miembro de una familia y cónyuge. Tal situación conduce a desequilibrios en la esfera psíquica, expresados fundamentalmente en síntomas como la depresión, la tristeza y la irritabilidad. Cuando la autoestima es adecuada, la mujer busca solución a estos problemas (66, 67).

Para Kolodny y Masio, el no tener una autoestima positiva impide un adecuado equilibrio psicológico, muy necesario en la etapa del climaterio por todo el entorno que acompaña a la mujer en un contexto social determinado. Es deseable preocuparse por elevar el nivel de la estima propia, porque cuando se posee, actúa en la mujer como el sistema inmunológico de la conciencia, brindando resistencia, fortaleza y capacidad de respuesta renovada. La baja percepción del propio valor, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida; el climaterio no es una adversidad es una transición en la vida, que sin embargo es percibida con rasgos obstaculizantes en más de una sociedad. Mientras más sólida es la autoestima de la mujer, mejor preparada estará para poder enfrentar las situaciones que requieren adaptación en los modos de vivir e interactuar en nuestra vida laboral, social y personal (68).

Repercusión social

Para Yanes y Chío, desde la perspectiva antropológica, señalan que el ser humano depende de tres procesos de organización complementarios: un proceso biológico que envuelve la organización jerárquica de los sistemas vivos; un proceso psíquico que envuelve las experiencias individuales y un proceso ético-social que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas y la sociedad. Estos tres procesos se conjugan en una visión del ciclo vital que conforman los procesos psicosexuales y psicosociales, enlazados de tal manera que permiten considerar a la persona como un sistema, abarca sin duda el climaterio (69).

En cuanto a la percepción cultural y social, el proceso del climaterio constituye, al igual que la adolescencia, los dos hitos más significativos del desarrollo biológico de la vida de la mujer, dado que marcan el inicio y el fin de la función reproductiva; sin embargo, el tratamiento social es diferente, ya que mientras la adolescencia tiene la connotación de desarrollo y vitalidad, el climaterio, en el marco de nuestra cultura lleva implícita la idea de envejecimiento y pérdida de la funcionalidad.

En el plano social, la mujer climatérica de edad mediana, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros, que son adultos mayores, así como de los nietos. La doble jornada es más agresiva cuando se espera o exige respuestas iguales a diez años precedentes, pero

estas no son idénticas, puesto que aumentan las responsabilidades familiares y sociales (70).

En cuanto a la mujer trabajadora, está expuesta a sobrecargas laborales estresantes que se convierten en elementos deteriorantes de la salud, lo cual se expresa en síntomas más severos. Cuando se acerca la edad de la jubilación, se siente menos competitiva en el espacio público, tanto desde el punto de vista físico como intelectual y aparece entonces el miedo a la inseguridad económica y a la soledad.

Se ha constatado que aquellos factores sociales que concurren en esta etapa de la vida y que están relacionados directamente con preocupaciones económicas, laborales o psicoconductuales, pueden potenciar sinérgicamente los síntomas psicológicos referidos durante el periodo climatérico (69).

La experiencia climatérica varía en cada mujer, generalmente afectada por las diferentes culturas. No todos los sentimientos vinculados con esta etapa son negativos, pues hay mujeres que expresan un completo bienestar relacionado con expectativas personales, socio laborales y familiares cumplidas; asimismo, la satisfacción marital y el buen tratamiento durante la menopausia, aumentan la calidad de vida de la mujer en esta etapa.

La incorporación de la mujer al trabajo, su participación en el desarrollo económico del país y su rol directriz en el sostén y desarrollo de la familia, plantean que desde el punto de vista social y económico se debe asegurar la atención médica de la mujer climatérica de edad mediana, para que los

cambios biológicos que se producen por la disminución en la producción de estrógenos en su organismo, no convierta esta etapa de transición en una enfermedad (70).

2.3.3. La enfermera y el climaterio: Etapa del ciclo vital

Promover la vida es la finalidad del cuidado en enfermería para Collière y este cometido se logra en la medida en que la propia cuidadora cuide de sí misma a lo largo de toda su trayectoria. La enfermera como mujer al hacer consciencia del impacto de los cambios vitales y situacionales que se producen en su existencia, construye el conocimiento acerca del significado de los cambios experimentados respecto a su salud, bienestar y capacidad de seguir desarrollando un proyecto de vida significativo, en interacción con los recursos de apoyo que pueden ser tan cercanos como la familia o tan sistematizados como un servicio médico. Independientemente de la medida en que existan estos recursos, la actitud positiva o negativa que adopte, será determinante en el proceso de superación de los efectos de la crisis que puede representar el climaterio en la interacción que realiza con las personas (71)

Canaval et al, enfatizan que Meleis en su teoría de las transiciones, indica la importancia que tiene para el individuo, el tener clara consciencia de cuanto ocurre en su entorno, los vínculos que puede tener con las experiencias pasadas y las perspectivas futuras; es propio de la dinámica de la vida humana la participación en cambios sucesivos que no solo comprometen la esfera física sino las emociones y el sentido que tiene la propia existencia y el trabajo que se realiza (72).

Uno de los objetivos de las Declaraciones internacionales a favor de la mujer, se orientan específicamente a promover la responsabilidad del Estado y de otras instancias organizativas sociales en la implementación de medidas para que la mujer en todas las etapas de su vida incluido el climaterio, acceda a mejor calidad de vida, tenga mejor control sobre su salud y pueda seguir cumpliendo con satisfacción, su rol de madre, esposa y ciudadana, con pleno derecho al disfrute de todas las libertades sociales (24).

El acceso a una vida plena demanda no solo la superación de las molestias biológicas y psíquicas para quienes las experimentan, sino que requiere integrar un cambio de actitud hacia la propia vida, la pareja, la familia y el trabajo; no toda interacción se agota en un cuerpo sexuado que cambia al ritmo natural de la vida, depende de cada mujer administrar su conocimiento y su visión de cuan hermosa puede llegar a ser su existencia, al integrar los cambios inminentes en su vida en un entorno personal social amplio, variado, retador y junto a otros. Ha de visualizarse con bienestar y felicidad porque son derechos ganados y no solicitudes.

2.3.4. Género, salud y enfermería

El análisis sobre género, explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone a luz el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos, construidos en cada cultura, facilitando el camino hacia el cambio de esta realidad, pues el conocimiento profundo de los factores que provocan las desigualdades de género relacionados con la salud, permiten la realización de acciones tendientes a su eliminación o disminución (73).

En la Cuarta Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing se enfatizó sobre la equidad de género y el empoderamiento de la mujer considerados como la piedra angular para la planificación de políticas de salud y programas de población. Se confirmó que el enfoque de género, considera las relaciones entre hombres y mujeres forman parte de las desigualdades sociales. Asimismo, se reflexionó sobre el aumento de la esperanza de vida y el número cada vez mayor de ancianas, la salud de las mujeres de edad avanzada exige una atención particular. Las perspectivas a largo plazo de la salud de la mujer sufren transformaciones en la menopausia que, sumadas a afecciones crónicas y a otros factores, como la mala nutrición y la falta de actividad física, pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. También merecen una atención particular otras enfermedades asociadas al envejecimiento y las relaciones entre el envejecimiento y la discapacidad de la mujer (36).

Para Castañeda, el enfoque de género sustenta que una de las dimensiones de la desigualdad social es la relación entre mujeres y hombres, junto a otras como la clase social, etnia, región de residencia, lo que está en dependencia de las circunstancias históricas, el lugar y el momento que se trate. La utilización de este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso salud enfermedad porque nace de la idea de que la mujer había quedado fuera de los procesos de desarrollo, hecho que no es así, porque se debe reconocer la presencia de la mujer como parte invisible, fundamental e indispensable en dicho proceso (74).

La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad. Considera el análisis biológico, es decir, la diferencia sexual anatómica y fisiológica; contextualiza la influencia de

los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres, así como los modos de vivir, enfermar y morir, son entre otros conocidos perfiles epidemiológicos de género (75, 76).

Entonces, la salud no puede ser tratada de la misma manera entre hombres y mujeres, no sólo por las características biológicas, sino porque ambos desempeñan distintos roles, tienen distintos estilos de vida y responsabilidades y las circunstancias que moldean la existencia social de la mujer son diferentes que las del hombre. Es decir, viven de manera diferente, ocasionando que las enfermedades y la exposición a riesgos tales como hábitos de alimentación, ambiente de trabajo, estrés cotidiano, entre otros, los coloquen en situaciones de salud diferentes (77).

La salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto y adulto mayor y está estrechamente relacionada con su entorno familiar, social y su medio ambiente, para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida. Existen cuatro periodos que marcan relaciones de género en correspondencia con la propia dinámica de la vida de la mujer: la adolescencia, la etapa reproductiva, la edad adulta y edad adulta mayor, donde el climaterio se ubica al finalizar el período reproductivo y el inicio de la edad adulta mayor (39).

Mínima ha sido la atención dirigida a aspectos de salud de las mujeres no vinculados directamente a su función reproductora, como mínima ha sido la

consideración de las circunstancias del ambiente social y económico que afecta su habilidad para proteger y promover la salud propia y la de sus familias. No son pocos los países del tercer mundo donde las mujeres tienen condiciones de vida diferentes que los hombres, carecen de derechos políticos y civiles, tienen problemas con el acceso a la educación, la salud y el trabajo, están sometidas a violencia y otras formas de discriminación (76).

El sector salud no puede ser ajeno a esta realidad que deberá tener en cuenta al diseñar sus políticas, dado que hoy en día, están dadas las condiciones para introducir en los planes y programas de salud la perspectiva de género. Todavía, en estos tiempos, persiste la concepción de que los hombres son más aptos para dirigir que las mujeres, porque tienen más tiempo y menos dificultades personales e incluso más capacidad por naturaleza para dirigir, partiendo del concepto obsoleto de que la educación y el cuidado de los hijos es exclusivo de la mujer, al igual que las tareas domésticas y el cuidado de enfermos y ancianos de la familia.

En este sentido, el análisis de la situación de salud debe ser realizado con un enfoque de género que ponga de manifiesto la situación diferenciada de hombres y mujeres para que se actúe según corresponda a cada sexo a fin de disminuir al máximo las inequidades.

El climaterio, finaliza generalmente alrededor de los 65 años, y en nuestro país esa edad coincide con el proceso de jubilación para la mujer que trabaja en el sector público o privado, período que se caracteriza por un proceso de preocupación por los problemas que trae la jubilación. Otra de las características es que los hijos generalmente ya son adultos por lo que no demandan de la atención directa de los padres que es una de las tareas del rol reproductivo más importantes en las edades

más jóvenes. Es en la etapa climatérica en que se manifiestan los cambios biológicos, endocrinos y hormonales, así como, los psicosociales del climaterio.

Además, se aprecia con más fuerza la pérdida del atractivo y el vigor físico, hay temores a una vejez inmediata, hay preocupación al pensar en lo que se ha conseguido y en lo que no, así como dudas en la forma en que se ha vivido; asimismo, aparecen los problemas relacionados con la longevidad de la mujer que se acompaña de una calidad de vida peor que la de los hombres. Las mujeres padecen con más frecuencia de diabetes, enfermedad cerebro vascular, osteoporosis, incontinencia urinaria, artritis reumatoide y trastornos depresivos (51).

Cuando se hace referencia al género humano, es decir, a la condición de persona humana, también se piensa en su cuidado y quien lo da, en este sentido Collière sostiene que la mujer es una enfermera instintiva, formada por la madre naturaleza. Las mujeres, debido a su instinto maternal, visto como parte de su naturaleza, han sido consideradas enfermeras natas, con sus principios tradicionales de vocación, caridad, altruismo, feminidad, nobleza, maternal (71).

Los profesionales de enfermería desarrollan una interacción humana pertinente y fundamental en el cuidado del ser humano, es el personal idóneo para la escucha atenta de las vivencias y experiencias de vida significativas y generadoras de un cuidado sensible, solidario e integrador por el otro. Ese preocuparse en cuidar y ser cuidada, esa relación de ayuda a la enfermera próxima, es lo que eleva la autoestima femenina y despierta un mundo de

sensibilidad para entender al ser humano y brindar un cuidado integral y con calidez (12).

También consideramos la inquietud de la investigadora, si la enfermera se preparó para cuidar y dar cuidado, ¿quién cuida de ella cuando pasa por este periodo de la vida?, porque, la enfermera en su condición de mujer y desde el enfoque de género también tiene necesidades y necesita ser atendida y entendida como toda mujer y en un sentido integral, considerando sus vivencias y alteraciones que muchas veces incomodan su bienestar y confort, a pesar de todas estas situaciones, la enfermera siempre tendrá que atender a la persona que está bajo su cuidado y responsabilidad según la función que realiza; así mismo consideramos según el orden de nuestros cuidados como enfermeras, a la “colega”, que es el segundo cliente de atención en el cuidado, necesitando muchas veces la mano amiga, “la mano de ayuda” de la enfermera próxima a ella, quien le brinde un cuidado con calidez y amor.

En este abordaje se trata de explicar los momentos por los que atraviesa la mujer enfermera en esta etapa de la vida, como son en lo físico, psíquico, social y de bienestar. Sobre todo, por el deseo de abordar el climaterio en la enfermera y comprender a esa mujer desde todas las dimensiones del ser, poniendo énfasis en su sentir subjetivo y sentido de vida. Por tanto, el abordaje de enfermería a la salud reproductiva debe ser un proceso de prácticas profesionales desde la formación con propuestas necesarias y creativas para atender las necesidades propias de la mujer en la etapa del ciclo vital.

2. 4. Referencial teórico sociológico

Considerando el objeto de estudio y los objetivos de la presente investigación, el referencial teórico básico para este estudio fue construido a partir de las concepciones de género como categoría de análisis de Joan Scott y el cuidado de enfermería de Collière, que fundamentan el presente estudio. Las contribuciones convergen para el proceso de clarificación y comprensión de la problemática descrita en torno a la unidad temática constituida por las mujeres enfermeras en etapa de climaterio (71, 73).

Frente a los acontecimientos sociales, existe un amplio debate favorecido por las contribuciones del feminismo contemporáneo. El concepto de género surgió inicialmente como estrategia para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres, a partir de la noción de multiplicidad de identidades. Joan Scott expresa el modo como lo femenino y lo masculino e indica que esto se conforma a partir de una relación mutua, cultural e histórica, buscando en el posestructuralismo los fundamentos para su análisis, enfatizando la desconstrucción como método de análisis (73).

Optamos por la categoría de género para poder analizar las desigualdades socioculturales existentes entre hombres y mujeres en la esfera pública y privada. El término género proviene del latín *genĕris*, y hace referencia a una clasificación de individuos o cosas en las que los mismos pueden ser ordenados según sus rasgos o características particulares que las caracterizan (74).

El enfoque de género, se convierte en una categoría transdisciplinaria, que desarrolla un enfoque globalizador y se refiere a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se le atribuye a cada uno de los sexos en cada momento

histórico y en cada sociedad. Para Scott, las elaboraciones históricas de los géneros son sistemas de poder, con un discurso hegemónico, que pueden dar cuenta de la existencia de los conflictos sociales.

La problematización de las relaciones de género logró romper con la idea del carácter natural de las mismas; lo femenino o lo masculino no se refiere al sexo de los individuos, sino a las conductas consideradas femeninas o masculinas. En este sentido, la categoría de género puede entenderse como una explicación acerca de las formas que adquieren las relaciones entre los géneros, que algunos consideran como una alternativa a la teoría del patriarcado.

La OPS indica que el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos. A su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto a su estado y atención de salud (75).

El concepto de género se presenta, también, como una construcción social y hace referencia a los roles construidos socialmente, así como a los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera apropiada para un hombre o una mujer. La idea que las mujeres son socializadas para ser pasivas y enfermizas ilustra el hecho de que el género es una construcción social. Las mujeres podrían asumir que deben jugar su papel de “enfermas” ya que encaja con las nociones preconcebidas de comportamiento femenino. Sin embargo, según Muraro “... *ser mujer no significa ser femenina ni ser un hombre significa actuar de un modo*

masculino”. Este acierto ilustra la idea de que los términos masculino y femenino están contruidos socialmente mientras que los términos “hombre” y “mujer” se consideran construcciones biológicas (75, 76, 77).

Los aspectos relacionados con el género y la salud son importantes, puesto que las mujeres tienen más probabilidades de sufrir desventajas responsables de desórdenes psicológicos y físicos que los hombres están muy bien documentado. Además, las mujeres experimentan una posición de desventaja en el mercado laboral que acentúa los desórdenes mencionados. Del mismo modo, es importante destacar el hecho de que las mujeres trabajan dentro y fuera del hogar por lo que tienen doble ración de trabajo, la cual permite un deterioro tanto físico como psicológico (50, 78).

2.4.1. Teoría de género de Joan Scott y el cuidado de Collière

Desde el comienzo, la racionalidad, la lengua y la espiritualidad son determinantes de la naturaleza humana. El género marca las percepciones de toda la vida de las personas desde el momento del nacimiento, puesto que estamos sumergimos en una sociedad completamente impregnada por el discurso de género. Del mismo modo, nuestras concepciones, percepciones y autoconcepciones son contruidas a partir de elementos disponibles en esta cultura de género (79).

El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. Género se

relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él (78).

Los científicos sociales y los especialistas del desarrollo utilizan los términos sexo y género para referirse a las diferencias biológicas y a aquellas construídas socialmente. Aún cuando ambos se relacionan con las diferencias entre mujeres y hombres, tienen connotaciones distintas (73).

Las demandas de igualdad y justicia social como temas de actualidad configurados por “El Movimiento de las Mujeres” sociales ha alimentado la construcción de la categoría de género como categoría de análisis de las situaciones de discriminación, marginación y exclusión de las mujeres y los hombres, siendo el foco central de las investigaciones los hechos epistemológicos e históricos y eventos producidos contradictoriamente, así como la vida cotidiana de las relaciones sociales humanas (80).

En este contexto, el concepto de género comenzó a utilizarse de manera más sistemática en el análisis de la vida social, a partir de los años 80, siendo el foco principal de las disciplinas sociales y humanas, oponiéndose a esto de manera radical las explicaciones de las desigualdades sociales fundadas de carácter biológico y, como consecuencia, el establecimiento de relaciones de dominación entre los sexos y los conflictos que engendran. Para llegar a este punto de vista, las diferencias representan un largo camino cubierto principalmente por las feministas interesadas en la crítica de respeto y concepción esencialista de las relaciones entre mujeres y hombres.

En ese sentido, el sexo subyacente a las cuestiones de género y al principio masculino y femenino es estudiado apenas como fenómeno humano (antropocentrismo) o como construcción histórico-social, matriarcal o patriarcal (sociocentrismo), para comprender en profundidad la cuestión de género es preciso sobrepasar esas diferentes visiones del mundo (73, 78).

Los conceptos de género son considerados culturales y no biológicos y pueden cambiar con marcadas diferencias en contextos diferentes, pues en casi todas las sociedades humanas las diferencias se han convertido en desigualdades, estando lo femenino en desventaja en relación a lo masculino (76).

Otra corriente de pensamiento identificada con la ideología de clases y la perspectiva del radicalismo para el análisis de la subordinación de la mujer, que implica considerar la dominación masculina como universal, se ha hecho a través del concepto de Patriarcado en el cual el hombre sea cual sea hecha de una mujer la realización del otro, porque el patriarcado como una categoría de análisis no debe ser comprendida como dominación binario hombre-mujer, sino como una relación de género altamente conflictiva y deshumanizadora, principalmente para la mujer.

El reconocimiento y visibilidad de los movimientos sociales originales, universales llaman la atención sobre las diferencias en su mayoría de gays, lesbianas, indígenas, negros, ambientalistas y otros. Las ciencias sociales exploran una gama de posibilidades y buscan nuevos conceptos para explicar las nuevas realidades y nuevas identidades. En el plano teórico, la creciente comprensión y análisis de las diferencias introducen el cuestionamiento de las identidades colectivas y universales, pasando a centrarse en la problemática de la diferencia dentro de la diferencia (73). El surgimiento de la categoría de género como categoría para el análisis social

permite el uso del género como una herramienta capaz de proporcionar elementos de explicación de la organización social en sí misma. Esto surge con Scott en un momento de efervescencia epistemológica de cuestionamientos de paradigmas científicos que explica el origen y las causas de la dominación-explotación masculina y subordinación-dependencia-femenina, y que no daban cuenta de su persistencia, reproducción y cambios en el proceso histórico, como refiere a diferencia del que cree en el pensamiento patriarcal, la verdadera adaptación de la humanidad no fue por la violencia sino por la solidaridad (76).

La perspectiva de género implica: reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorios para las mujeres; además, que tales relaciones han sido constitutivas de las personas; las mismas atraviesan un entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, opción sexual y religión. En este sentido la perspectiva de género atraviesa dichas relaciones configurando diferentes vivencias.

Se considera que es una relación asimétrica, aunque las relaciones entre géneros admiten diferentes posibilidades de dominación, en general se configuran como relaciones de dominación masculina y subordinación femenina. Constituye asimismo una propuesta inclusiva porque los problemas derivados de las relaciones de género solo podrán encontrar resolución en tanto incluyan a hombres y mujeres. Es fundamental destacar que se trata de una búsqueda de equidad que solo será posible si las mujeres conquistan el ejercicio del poder en su sentido más amplio: poder crear, poder saber, poder dirigir, poder disfrutar, poder elegir, ser elegida, entre otros.

A su vez movimientos feministas se unen a esta travesía en pro de la mujer y se centran fundamentalmente en la autorrealización de las mujeres, en la abolición de la opresión y en el avance de la dignidad humana en general. Hace ya varios años que se inició la lucha por la igualdad de los derechos y oportunidades para la mujer y, gracias a ello, la sociedad ha ampliado la visión del abordaje y el manejo de la salud, la sexualidad y la vida en general de las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital, principalmente en dos momentos claves en su vida: la pubertad y el climaterio. El argumento principal del modelo feminista se centra en la definición del climaterio como un asalto a la autonomía e integridad de la existencia corpórea normal de la mujer a través del sistema patriarcal (78, 81).

En nuestra sociedad patriarcal, las mujeres cercanas al climaterio o climatéricas forman parte de un proceso de socialización que las considera objeto sexual y, por el contrario, no las considera objetos de deseo. Charlton considera que, al aprender a ser femeninas, las mujeres aceptaron como natural que su placer, su cuerpo, su sexualidad y su vida en general fuesen aspectos controlados por otros (el hombre, la ciencia, la medicina, por poner algún ejemplo). Ser femenina incluye la capacidad de reproducción, de gran valía en las sociedades patriarcales; por tanto, una vez finalizada la etapa reproductiva de la mujer se considera que ésta entra un periodo de declive, de involución e incluso de invalidez, dejando de ser importantes para la sociedad (82).

Así, si se considera que el sentido de la vida femenina se basa fundamentalmente en la reproducción, una vez desaparece esa capacidad reproductiva, puede ser normal la aparición de procesos depresivos que la medicina

considera fruto de la menopausia: es el inicio del fin, el inicio de la decrepitud, el inicio de la improductividad.

El significado del climaterio considera una construcción social, una construcción caracterizada por la representación de la mujer como un ser biológicamente débil y vulnerable, basada en discursos relacionados con la feminidad que subrayan las ideas populares de belleza y juventud. Los especialistas no han mostrado especial interés en identificar el rol del medioambiente como co-responsable en la producción de síntomas climatéricos olvidando que, en multitud de ocasiones, las quejas de las mujeres están más relacionadas con cambios en sus vidas sociales que con el resultado de una deficiencia estrogénica (77).

A pesar del largo pasado milenario, en que el misterio de la maternidad, sobre todo, el misterio de la relación de la fisiología femenina, ha servido de hilo conductor a un conjunto de prácticas de cuidados elaboradas alrededor de la mujer que da la vida, que aunque a primera vista parezca que no haya relación alguna con la representación de la imagen profesional que confiere la formación de enfermería, para Collière, el cuidado es promover la vida, es un acto para asegurar a una persona todo lo necesario para la continuidad de su vida. Por tanto, para ella, cuidar representa un acto de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse. Servir es la base de la enfermería; servir es lo que da sentido a la práctica de enfermería, lo que la orienta y lo que dará o guiará su actitud. La enfermería es la que ayuda a la curación y da sosiego (71).

De acuerdo con Collière quien considera que el cuidado se inspiró en la fisiología reproductora de la mujer, y que hasta hoy la mujer es un tema de privilegios de atención, también es necesario mirarla y atenderla cuando su periodo

reproductivo finaliza y mucho más allá, cuando se torna más vulnerable y necesita de cuidado.

El valor social del cuidado que brinda la enfermera a las mujeres, enfatiza Collière, se basa en la fama de su experiencia, experiencia interiorizada y vivida en su propio cuerpo, relevante por lo que son, por lo que han vivido, por lo que han sido capaces de vivir y porque esto las hace más sensibles frente a las necesidades de las mujeres a fin de proveerles cuidado; sobre todo, para el presente estudio cobra importancia, pues en su condición de profesional de enfermería brindar cuidado sensible y empático a sus pares, que están pasando por el climaterio, es elogioso y trascendente, porque una mujer enfermera, espera ser tratada y atendida con calidez y amor como fue formada para proveer cuidado. Así mismo, para Collière los cuidados son fuente de placer, de satisfacción y expresión de una relación, los cuidados apaciguan, calman, alivian y dispersan tormentos para evitar el sufrimiento (71).

El desarrollo histórico de la enfermería desde el enfoque de género consta que hitos históricos que han permitido a la mujer y a la enfermera conquistar espacios en la sociedad a pesar de los estereotipos ligados al sexo y vinculados al quehacer doméstico. La evolución de la enfermería desde sus inicios como profesión, fue lenta con un periodo letárgico, silencioso, que paulatinamente consiguió espacios y reconocimiento en la sociedad, de ser un profesional al servicio del médico, logró ser su colaborador, en una relación horizontal dejando atrás estereotipos de sumisión y servilismo.

Las políticas mundiales tanto las sociales, como las de salud y otras, se han orientado a conseguir la equidad de género, en todos los ámbitos de la sociedad actual, desde las oportunidades de educación, acceso a la salud y oportunidades en la

esfera laboral entre otras. La enfermería siendo una profesión mayoritariamente compuesta por mujeres ha tenido que luchar por conseguir y mantener los espacios y el status que se merece.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio es de naturaleza cualitativa y social, a fin de conocer mediante recursos metodológicos y epistemológicos el seno del dinamismo de la vida individual con toda su riqueza de significados que desbordan de ella para develar aspectos de la subjetividad relacionados a las vivencias de las enfermeras durante el climaterio y las bases para el cuidado en su condición femenina (83, 84, 85).

Los estudios cualitativos y sociales no surgen espontáneamente por intereses y circunstancias socialmente condicionadas, sino que, estas se construyen a partir de las percepciones, significados o símbolos de quienes comparten experiencias desde la subjetividad e intersubjetividad de su vida, en un esfuerzo por penetrar en su mundo desde una comprensión global sin fragmentar su visión acerca de las experiencias dialogadas y compartidas de modo sereno y reflexivo buscando encarar el mundo empírico y entender el significado de sus experiencias desde el punto de vista de sus discursos (83, 85).

Como investigación de naturaleza social trata de comprender desde la subjetividad de los sujetos el sentido de la vida social, sus vivencias, valores, actitudes, creencias, hábitos, experiencias y estereotipos y, a partir de esta cotidianidad y fenómenos humanos generados socialmente comprender, analizar e interpretar su realidad con el objetivo de desarrollar conocimiento a través de la comprensión de las necesidades de las enfermeras en climaterio y direccionar de manera eficiente el mejor modo de cuidar de ellas (83, 84).

El abordaje cualitativo en enfermería permite un acercamiento a los sujetos desde el punto de vista antropológico y psicosocial, así como la adquisición de habilidades reflexivas utilizando otros referenciales teóricos-metodológicos a fin de conocer su naturaleza, sus implicancias y las expectativas que tienen las personas que reciben el cuidado de enfermería desde sus vivencias interpretadas y reinterpretadas por ellas mismas (83).

En este sentido, es ineludible en un primer momento, definir aquello que será estudiado, en este caso el objeto de estudio, para luego optar por el abordaje metodológico. Aunque algunos investigadores, antes de desarrollar un estudio escogen primero la metodología o el referencial metodológico, porque tal vez ese es su estilo o de repente su preferencia o inclinación metodológica, para posteriormente determinar el objeto seleccionado de acuerdo al abordaje escogido; aunque esta manera de abordaje es muy complicada lo ideal es empezar definiendo el objeto de estudio porque será quien determine el método más adecuado para que los objetivos sean alcanzados.

El espacio privilegiado para los estudios cualitativos corresponde al objeto de estudio seleccionado; de esta manera se persigue conocer con mayor claridad las vivencias de las enfermeras en el climaterio, así como las bases para su cuidado, bajo los principios epistemológicos más apropiados a fenómenos de tipo social priorizando la participación de quienes viven el climaterio, es decir, la intencionalidad es conocer el mundo de significados existente en sus experiencias que desde fuera son invisibles y que sin embargo mediante esta metodología cobran vigor y posibilitan la construcción de nuevas rutas para sus cuidados.

3.2. Método de investigación

De acuerdo al objeto de estudio, se optó por un enfoque metodológico que nos permitió captar las singularidades detalladas del estudio, considerando el abordaje más apropiado para esta investigación la historia de vida, por ser una metodología que nos permitió una aproximación mayor a las mujeres, sobre todo conocer lo que siente la enfermera como mujer en etapa de climaterio, pues a través de este método se puede conocer las experiencias personales y concepciones interpretadas por ellas mismas con el propósito de obtener su visión del mundo, sentimientos, acciones y comportamientos de ellas (86).

Considerando que el rigor epistemológico exige un conocimiento basado en la captación de la historia de vida de mujeres enfermeras en climaterio, el estudio se basó en las ideas del filósofo y sociólogo francés Daniel Bertaux, quien fue uno de los máximos representantes del método de historia de vida, a su vez inspirado por Lewis, Bertaux recogió las historias de panaderos de la familia francesa para mostrar cómo interactúan y como se interconectan las vidas de los panaderos, los aprendices de panadería y sus mujeres (87).

A fin de conservar la coherencia con el objeto de estudio, el método historia de vida consiste en solicitar a los sujetos de investigación contar algo de su vida, que tenga relación con un determinado fenómeno o momento que ellas atraviesan o hayan vivido. La construcción de una historia de vida es la forma en que el sujeto representa los aspectos de su pasado que considera pertinentes para la situación actual. En este caso la entrevistada relata parte de su vivencia de acuerdo a las demandas de la investigadora (86).

A su vez Villamizar afirma que la historia de vida es una estrategia de la investigación encaminada a generar estudios alternativos de la historia social que envuelven todo el secreto del individuo a partir de la reconstrucción de las experiencias personales, haciendo indispensable el conocimiento íntimo de los sujetos para hacer emerger tendencias oscuras que dan forma a realidades sociales de diversas categorías. La historia de vida permite traducir la cotidianidad en palabras, gestos, símbolos, anécdotas, relatos, y constituye una expresión de la permanente interacción entre la historia personal y la historia social, considerando entonces que los conocimientos de los individuos solo son posibles con la descripción de la experiencia humana, tal como es vivida y definida por sus propios protagonistas (88).

Thompson en Minayo considera que la historia de la vida es muy apropiada para los estudios de las situaciones sociales que involucran principalmente el secreto, por lo que es esencial el conocimiento profundo de los temas que surgen de las tendencias oscuras que dan forma a la realidad social de diversas categorías (85).

En la historia de la vida, lo que interesa al investigador es el punto de vista del sujeto. El propósito de este tipo de estudio es entender y comprender con precisión la vida tal como se informa y es interpretado por el actor mismo. En la presente investigación nos interesa conocer las vivencias de las enfermeras en fase de climaterio narradas por ellas mismas, analizar sus discursos y proponer las bases para el cuidado en su condición de género (86).

La historia de vida es calificada como el mejor abordaje para comprender el proceso de socialización y las respuestas situacionales a contingencias cotidianas; trabaja con la historia o la historia de la vida contada por aquellos que lo vivieron.

Minayo y Pineda revelan que, de todos los métodos de investigación cualitativa, este es el que mejor permite a un investigador acceder a ver como los individuos crean y reflejan el mundo social que les rodea (85, 89).

Asimismo, es considerada en el ámbito de la investigación cualitativa un instrumento poderoso para el descubrimiento, la exploración y la evaluación de como las personas comprenden su pasado y vinculan su experiencia individual a su contexto social, interpretándola y dándole significado, a partir del presente. Por medio del relato de historia de vida individual, se puede caracterizar la práctica social de un grupo. Asimismo, toda entrevista individual trae a luz directa o indirectamente un cúmulo de valores, definiciones y actitudes del grupo al que el individuo pertenece (85, 87).

El método de historia de vida, por lo tanto, procura aprovechar los elementos generales contenidos en las entrevistas de las personas, buscando analizar sus particularidades históricas o psicodinámicas. En ese sentido, las historias de vida por mas particulares que sean, son siempre relatos de prácticas sociales de las formas como el individuo se inserta y actúa en el mundo y el grupo al cual pertenece (86).

Como método consta de dos características básicas: a) la experiencia del autor que utiliza un modo horizontal tratando de encontrar las normas universales de las relaciones humanas y las percepciones individuales; b) las interpretaciones sobre el origen y el funcionamiento de los fenómenos sociales, los vínculos temporales a través de entrevistas. A su vez, Glat destaca que la característica más importante de este abordaje, es que la entrevista no es determinada preliminarmente por el investigador a través de preguntas estandarizadas y formuladas previamente, sino por

los informantes (investigados), por la manera como ellos seleccionan, interpretan, valorizan y transmiten sus experiencias de vida (85, 86).

Los datos se obtienen de autobiografías, biografías, entrevistas y testimonios de personas, luego se analiza el contenido de la información, que se convierte en estructuras para entender a las mujeres y hacer la narración como una fuente complementaria de la investigación. Seguidamente se contextualiza la información; se construye la historia; se describen las unidades, las categorías y los temas; y se procede con el significado de la narración. También es necesario acudir a varias fuentes de información (24, 89).

Para Do Prado el conocimiento de enfermería surge a partir de las vivencias expresadas por las enfermeras a través de las narrativas, como experiencias vividas y compartidas entre la entrevistadora y la enfermera o sujeto de cuidado, que puede ser la persona, familia o comunidad. A su vez, las narrativas provienen del pensamiento humanista, producto de la relación entre dos personas comprometidas en una vivencia y experiencia (83).

En cuanto al significado del término, Denzin en Minayo, acuñó los términos historia de vida o relato de vida y narrativa de vida, ambas tienen significados distintos. La primera se refiere a la narración, los relatos o informes sencillos y espontáneos de las entrevistadas, es aquella historia contada por la persona que la vivenció. En ese sentido, el investigador no cuestiona la autenticidad de los hechos, porque lo importante es el punto de vista de quien está narrando. En relación al segundo, este, tiene otros significados, consiste en un trabajo histórico que uso de otros documentos tales como expediente médico legal, pruebas psicológicas, entrevistas con personas que saben del tema o situaciones bajo estudio. Bertaux

sugiere utilizar el término francés *récit de vie* (narrativa de la vida), en el marco del concepto de historia de vida de Denzin e *historie de vie* en equivalencia de historia de vida (85, 87).

En la presente investigación, se ha optado por la historia de vida de diseño propuesto por Denzin, o *récit de vie* propuesto por Bertaux, quien cree que es el más apropiado para este estudio; por lo tanto, para este estudio, los relatos de vida de las mujeres en etapa de climaterio serán la fuente de los datos, porque lo que importa es el punto de vista del sujeto, lo que ella considera sorprendente y crucial en su vida (85).

La historia de vida en esta línea de razonamiento tiene al investigador en un pedestal, quien es dueño de valorar todo lo que el sujeto ha de hablar de su vida. No es el investigador que tiene el control de la situación. Por el contrario, todo el estudio está dirigido por el entrevistado, a partir de la visión del autor que hace hincapié en que es la subjetividad natural de autobiografía que constituye la verdad de este género (83, 86).

La mujer como sujeto fórmula reflexiones sobre su vida, mientras que los recuentos en el contexto de la presente, lo que permite liberar al pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado que les atribuye, haciendo un verdadero equilibrio de su vida.

Para Glat, la diferencia del método de historia de vida con otros enfoques metodológicos es el respeto que el investigador tiene a la opinión del tema. El investigador opina sobre el tema. Y esta última no es vista como objeto pasivo de

estudio. Por el contrario, el investigador y el sujeto son complementarios y mutuamente modifican su relación dinámica y dialéctica (86).

Corroborando esta afirmación, Minayo dice que las historias de vida representan la mejor manera de entender la cultura desde el interior como un conjunto vivo, que se rige por armonía interna, no como un conjunto arbitrario de tradiciones e instituciones, cuya realidad es sólo aparente. Por esta razón, el autor considera que en historias de vida hemos perdido la fiabilidad estadística que es obtener una fructífera interacción entre datos empíricos y propuestas teóricas (85).

La construcción de una historia de vida no es una simple recopilación de hechos de la vida del individuo, sino más bien la propia imagen estructural el modo en el que el individuo representa a aquellos aspectos de su pasado que son pertinentes en esta situación. Esta es una representación e interpretación que el sujeto hace de estos hechos de acuerdo con sus creencias, valores y otros códigos.

El abordaje de la historia de vida requiere por parte del investigador empatía y habilidades de comunicación, principalmente paciencia para oír. El investigador deberá tener en cuenta que precisa predisponer, animar y estimular al sujeto a contar la historia sobre el tema o asunto en cuestión, y una de las técnicas para obtener la historia es la entrevista abierta, es una de las formas para conseguir informaciones espontaneas y más verdaderas (88, 90).

La narrativa también puede ser una historia que una enfermera cuenta de su vivencia, de una relación significativa, de su cotidiano que le permite reflexionar sobre su actuación, sus sentimientos, sus valores, sus metas, y sobre todo, refleja la visión del mundo que la enfermera tiene acerca del cuidado de enfermería (83).

El cotidiano es aquello que ocurre con frecuencia, es lo habitual, que sucede o se hace diariamente o cada día, todo lo que tenga que ver con la cotidianidad o con el estilo de vida cotidiana, que se relacionan o que ocurren en la vida cotidiana de una persona, así como también de un grupo de personas o sociedad (84).

Las investigaciones en enfermería han buscado una mayor aproximación del investigador con los sujetos de estudio, procurando escucharlos y no solamente tratarlos como simples objetos de una investigación, en un dialogo impersonal y frío. En este contexto hemos utilizado la historia de vida como abordaje metodológico por permitirnos establecer una relación cálida y empática con las entrevistadas.

3.3. Técnica de recolección de datos cualitativos

3.3.1. Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de los relatos de las informantes. Se permaneció en la sala de clase, donde se recogieron datos sobre los aspectos pertinentes del estudio. Las primeras entrevistas fueron entrevistas piloto, las cuales sirvieron para algunas reorientaciones sobre el tema, ya que se fueron combinando las notas de campo, las entrevistas, la transcripción y análisis de las mismas, con objeto de reconducir la investigación si los datos recabados así lo orientan. La duración de la entrevista fue de unos 30-50 minutos, fue grabada previo consentimiento escrito del entrevistado. El número de entrevistas que se realizaron fueron determinadas por el criterio de saturación de la información, considerando un mínimo de 10.

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista abierta a profundidad, que de acuerdo con Bertaux, debe ser una combinación de escucha atenta y

cuestionamiento, porque el sujeto no relata simplemente su vida, él reflexiona sobre la misma en cuanto relata (87).

La entrevista, es una conversación libre pero basada en preguntas que permiten la interacción social. La persona es invitada a hablar sobre sus vivencias como enfermera en el climaterio, a través de la pregunta motivadora: Hábleme sobre su vida que tenga relación con el climaterio.

El proceso de entrevista, se dio en el establecimiento de una interacción social, constituyendo el tejido de las relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde nos encontramos, por un lado, el investigador con su proyecto definido y, por otro, el entrevistado que viene de aceptar participar de la propuesta. A través de la escucha atenta se determinó la selección de los hechos y algunos aspectos singulares, revelaron su propio sello personal y subjetividad. El narrador relata su vida, incluyendo las prioridades claras en términos de valoración, la devaluación de ciertos aspectos y la consolidación de otros. Es muy importante la relación de confianza que se establece entre el entrevistado y el entrevistador, siendo un momento sorprendente de exteriorización de sentimientos, emociones, angustias como si se tratase de una catarsis. Sin embargo, es lo que tiene significado hasta ahora; y aunque es difícil obviar algunos datos, el investigador debe establecer un equilibrio en la toma de información, para evitar intervenir e interrogar a las entrevistadas permitiéndoles la libertad en sus discursos (90, 91, 92).

Cada individuo entrevistado trae a la luz directa o indirectamente una serie de valores, de actitudes y las definiciones del grupo al que pertenece la persona. La entrevista de la historia de la vida debe ser prolongada, produciendo una constante interacción entre el investigador y el informante (86).

La entrevista fue abierta, esto significa que no se hizo argumento predeterminado, en las que se pidió hablar libremente de su vida durante un período determinado. El entrevistado también tuvo la libertad de ampliar cada una de las situaciones, o hechos que estimó conveniente. Fue una manera de explorar más plenamente el tema. El papel del entrevistador fue de incentivo, lo que llevó al informante a hablar de un tema en particular, sin obligarlo a responder (93).

En esta dinámica, la historia de vida permite que las informantes reanuden sus experiencias de manera retrospectiva, con una interpretación exhaustiva. Esto generalmente sucede a la versión de un pensamiento crítico y reprimido que a menudo llega a tono de confianza.

Durante la entrevista el investigador evita que las respuestas se repitan, pues él ya sabe lo que hay, al principio ambos estarán preocupados por el plano simbólico (valores, representaciones concretas y en particular historia de vida). De Souza dice que la combinación de estos dos comportamientos significa que el investigador está listo “para recibir tanto la pregunta inesperada, como era de esperar”, lo que significa que la estructura de la entrevista no está determinada por el investigador, pero si por el informante. El investigador debe estar preparado para cualquier pregunta. Para delimitar la muestra se hizo uso de la técnica de “Bola de Nieve”, o definida también como “saturación”, que se refiere a que la indagación culminaría cuando las entrevistas empiecen a repetirse en su contenido (83, 85).

Bertaux, indica la conveniencia de utilizar la técnica de saturación, porque consiste en que una vez que se inicia el proceso de las entrevistas, la primera de ellas ofrece información, la segunda añade algo, pero en ésta se repiten algunos elementos y, así sucesivamente, hasta que se llega a un punto en que las nuevas entrevistas ya

no aportan al proceso de comprensión de los patrones y relaciones sociales investigados. En este punto sostiene que cada uno de los distintos criterios de representatividad tiene una significación distinta. A su vez, la empatía se aprovechó para que el participante cuente sobre su vida, sobre un día de su vida, de su rutina diaria y sean conscientes de ello, así mismo tenga confianza en el investigador (91, 94).

Para la aplicación del presente estudio de investigación se tramitó la autorización correspondiente a la Escuela de Posgrado de una universidad privada, una vez conseguida la autorización, se dialogó con la Directora de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud donde se acordaron las fechas de las entrevistas.

La aproximación a las alumnas se realizó en la misma sala de espera de las aulas de clases. La investigadora contó con conocimiento previo de la identidad de la alumna intervenida. El momento elegido para el contacto y realización de la entrevista, fue justo después de las clases, aunque esto no fue definitivo, pues algunos se modificaron, según criterios de análisis de datos previo.

En un primer paso, la investigadora se presentó e identificó, luego se le explicó los motivos e intenciones de la investigación, así como todos los aspectos éticos: que es voluntario, que se garantiza el anonimato, que será grabada previo consentimiento y que ella siempre puede retractarse, si en algún momento no está de acuerdo con algo, es decir, tiene la última palabra. Se le describió el lugar de la entrevista, el cual contó con las condiciones de privacidad, solicitándole que acompañe a la investigadora si aceptaba las condiciones.

Se procedió a realizar la entrevista personal lanzando las preguntas de rigor, permitiendo que la participante se exprese libremente y sin interrupciones; para que los discursos sean narrados en toda su dimensión. Cuando la entrevistada respondía con frases cortas, se procedió a reiterar las preguntas orientadoras o utilizó frases como “¿Qué más?”, “Continué”; de tal forma que nos permitió llegar a la aprehensión del significado o develamiento del fenómeno.

3.4. Sujetos de investigación

Los sujetos participantes fueron las enfermeras estudiantes de las diferentes especialidades y maestría. Para determinar el número de participantes se utilizó la técnica de bola de nieve, con el principio de saturación.

Para la caracterización de las enfermeras participantes en el estudio, se asignó un código que permitió mantener el anonimato en la investigación y que está relacionado con el orden de la identificación realizada en la entrevista.

Los participantes presentaron las siguientes características:

- Enfermeras estudiantes de las especialidades y maestría en etapa de climaterio.
- Enfermeras estudiantes de las especialidades y maestría que acepten y posibiliten la realización de la entrevista.

Para facilitar la comprensión del lector, los datos e identificación de las enfermeras entrevistadas se presentan en anexos.

El grupo de las entrevistadas está conformado por 10 enfermeras con edades entre 44 a 60 años, en relación al estado civil, una soltera, 5 casadas, 3 divorciadas y una viuda. Según la condición laboral fueron 3 contratadas y 7 nombradas, según el programa de estudios, 4 fueron alumnas de maestría y 6 de diferentes especialidades quienes trabajan en instituciones de salud pública y privadas de la ciudad de Lima.

Esta información permitió caracterizar a la población de estudio determinando que el estilo de vida, la estabilidad familiar, así como el soporte profesional, de pares y de la familia tiene influencia en las manifestaciones clínicas que las mujeres entrevistadas manifestaron.

3.5. Escenario de investigación

El contexto social donde se realizó el presente estudio fueron las diferentes especialidades de la Unidad de Posgrado Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, con 15 años de servicio brindando estudios de posgrado a profesionales de enfermería, contando con las siguientes especialidades: UCI, Recuperación Posanestésica, Centro Quirúrgico, Cuidados Quirúrgicos, Traumatología y ortopedia, Emergencias y desastres, UCI Neonatal, Pediatría, Cuidados intensivos pediátricos, Administración y gestión en enfermería, Neurología y neurocirugía, Oncología, Gineco obstetricia así como Maestría en enfermería. La Universidad Peruana Unión está ubicada en la carretera central, Km 19, Ñaña de la ciudad de Lima- Perú.

La Universidad Peruana Unión forma parte del sistema educativo mundial de la Iglesia Adventista del séptimo Día, y como tal promueve el desarrollo integral del ser humano en armonía con los principios y valores cristianos establecidos en las

sagradas escrituras. Está dedicada a la formación y especialización de profesionales creativos, investigadores y líderes que contribuyan al cumplimiento de la misión de la Iglesia y al desarrollo de la sociedad.

Cuenta con las Facultades de Ciencias de la Salud, Teología, Ciencias Empresariales, Ciencias Humanas y Educación, Ingeniería y Arquitectura. Tiene la Escuela de Posgrado con unidades que ofrecen Maestrías en Educación, Administración, Ingeniería de Sistemas, Enfermería, Salud Pública, Ciencias de la Familia y Teología. Asimismo, con Doctorados en: Educación, Teología y Administración.

La Escuela Profesional de Enfermería se apertura desde 1984, pertenece a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, está acreditada por el SINEACE y tiene la misión de formar de manera integral al Enfermero/a con un sustento de conocimientos científicos y tecnológicos en concordancia con los principios de la Iglesia Adventista del Séptimo Día para proveer cuidados a la persona, familia y comunidad, mediante las funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en todos los niveles de salud, con liderazgo efectivo, a fin de contribuir en el hombre la restauración de la imagen de Dios.

3.6. Procedimiento para la recolección de discursos

Las descripciones fueron obtenidas a partir de las narraciones de las enfermeras participantes en respuesta a la pregunta orientadora: ¿Cómo vivencia usted el climaterio como enfermera estudiante de la universidad privada?

Las entrevistas se realizaron a las enfermeras participantes que cumplieron con los criterios señalados, pertenecientes a las diferentes especialidades y maestría de la

Unidad de Posgrado de la Universidad Peruana Unión. Se realizó la recolección de datos durante los turnos de la tarde, previa cita con la participante, durante los meses de octubre 2014 a marzo 2015.

A modo de entablar el primer contacto con las enfermeras implicadas en el estudio, se empezó el diálogo respetando su turno programado y las horas de clases que tenían; se les explicó de manera individual la finalidad de la entrevista, solicitando su autorización y consentimiento informado para grabar sus respuestas a la pregunta orientadora formulada, asegurando la confidencialidad mediante el anonimato.

3.7. Procesamiento de datos

El análisis de las descripciones se realizó a través del método del discurso y la técnica para llegar hacia las enfermeras fue la entrevista a profundidad. El recojo de información de cada entrevista fue procesada de acuerdo a la trayectoria metodológica seleccionada:

- Las entrevistas se desarrollaron en los ambientes de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la salud, previa coordinación con la Directora de dicha unidad y las coordinadoras de las diferentes especialidades y maestría, a quienes se les informó el objetivo y metodología del trabajo de investigación. Asimismo, se realizó una presentación inicial con cada enfermera, solicitándole su participación voluntaria en el estudio.
- El periodo en que se realizaron las entrevistas fue durante los meses de octubre 2014 a la última semana del mes de marzo del año 2015. Las entrevistas se realizaron de manera individual con cada enfermera, a

quienes se les informo inicialmente, los objetivos de la investigación, garantizándoles la privacidad, anonimato y confidencialidad de sus informaciones grabadas en grabadora de voz. El audio se utilizó con la finalidad de obtener mayor fidelidad de los datos, puesto que se pudo percibir hasta los sonidos vertidos a través de las expresiones de las entrevistadas, puesto que la reproducción a través de la memoria y las anotaciones no son tan confiables.

- De acuerdo a la orientación metodológica, las preguntas se iniciaron siempre con la pregunta motivadora “Hábleme sobre su vida que tenga relación con el climaterio”, y terminaron cuando se consideró que no había nada más que ampliar al respecto. El tiempo de duración de las entrevistas variaron entre 30 y 50 minutos, siendo 10 el número de las entrevistadas.
- Los testimonios de las entrevistadas se transcribieron tal cual fueron narradas en los discursos por las enfermeras, considerando la subjetividad expresada en sus relatos.
- Posteriormente se realizó el análisis de los relatos de las enfermeras. En una labor minuciosa, compleja y no lineal, se procedió a la reducción temática y la interpretación de los datos iniciada en la fase exploratoria y que continúa durante la investigación. El proceso analítico empleado fue el análisis de contenido, que permite descubrir el núcleo del significado que hay detrás de las transcripciones en los textos organizados, en un intento de ir más allá de las apariencias de lo que se está comunicando en el reporte de los pasajes de cada relato de vida. (94).

- Además de clasificar, reducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos, cabe puntualizar que cuando se busca la comprensión de significados en el contexto del habla, por lo general se niega y critica el análisis de frecuencias de los relatos, se trata de superar el alcance meramente descriptivo del mensaje, para acceder a una interpretación más profunda.
- Los datos procedentes de las entrevistas a profundidad son datos textuales, por lo que el investigador se enfrenta con un gran volumen de datos a procesar; exigiendo así un análisis juicioso para garantizar la coherencia de las informaciones y tener una visión lo más completa posible del objeto de estudio, en un progresivo refinamiento de la comprensión del fenómeno investigado.
- Una vez organizados los datos se crearon las categorías empíricas, que al ser examinadas conducen a la identificación de temas o patrones relevantes en relación al fenómeno observado, presente en el tema o unidad de significado que se libera naturalmente después del análisis de un texto.
- Desde esta etapa del análisis de la información obtenida y según los objetivos del estudio, fueron construidas las categorías; luego de una lectura inicial, se realizó un pre análisis en un examen detallado de los textos y observaciones recogidas, facilitando la identificación de los temas.
- Mediante lectura y subsecuente relectura del material obtenido, fue posible efectuar la codificación de las unidades temáticas; se realizó la

consolidación de datos de las técnicas utilizadas en el estudio; más adelante se logró fusionar todas las unidades temáticas codificadas con los números y se identificó a cada enfermera participante con el nombre de una “piedra preciosa”.

- A continuación, se procedió a agrupar las unidades temáticas importantes y relacionar las unidades convergentes; inicialmente fue de ayuda el subrayado y luego la asignación de códigos numéricos para la clasificación. Primero se llevó a cabo el recorte de las unidades y luego se realizó la clasificación de los temas, la agrupación y reagrupación del contenido en categorías y unidades temáticas, construyendo en esta etapa las categorías.
- Por categorías comprendemos a los conceptos que abarcan aspectos o características comunes, elementos que se relacionan entre sí en cuanto al sentido que le asignan los interlocutores; significan también grupos de elementos, ideas o expresiones en torno a un concepto.
- Finalmente, al comparar los resultados alcanzados con el estado del conocimiento establecido, se identificó las vivencias de las enfermeras en fase de climaterio, y a partir de estas se elaboró la propuesta de bases para el cuidado de la mujer enfermera en la fase de climaterio en la perspectiva de género.

3.8. Consideraciones éticas y de rigor científico

Se tuvieron en cuenta los 3 principios éticos citados por Pineda y Hernández (23, 24).

a) Principio de Beneficencia

Los sujetos de la investigación no fueron expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicadas por los secretos revelados durante las grabaciones, los cuales son confidenciales y sólo utilizadas para fines de investigación, asegurando así la integridad física, mental y social de las entrevistadas.

b) Principio de Autonomía:

Todo ser humano es autónomo; se consideró el respeto a la dignidad de las personas entrevistadas, sus creencias, su pudor, su intimidad, su integridad física, su libertad para decidir sin temor a manipulaciones, brindando la libertad de participar o no de la investigación. Cada sujeto decidió en forma voluntaria su participación o no en la investigación, además se les dio la facultad de rehusarse en cualquier momento a continuar dicha participación. Adicionalmente recibieron información completa y clara sobre la investigación a realizar.

c) Principio de Justicia:

Se respetó los derechos de todas las personas que participaron sin discriminación de ningún tipo, asimismo la selección de los sujetos se realizó de forma equitativa, respetando los principios de selección metodológica. La información que se recolectó durante el curso de la investigación se mantendrá en estricta confidencia por lo que cualquier información no será reportada en público ni será accesible a otras partes que no sean las involucradas en la investigación,

Rigor científico

La investigación cualitativa se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación. En el presente trabajo se consideró los siguientes criterios (83):

a) Credibilidad

Se refiere a la verdad tal como la conocen, la experimentan o la sienten a profundidad las personas que están siendo entrevistadas. Se deben seguir los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtenga se apegue a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Por ello se cuenta con el audio de los informantes, tratando de contrastar la versión de la investigadora de lo que ella ha creído detectar con las opiniones de las entrevistadas.

b) Auditabilidad

Significa que cualquier lector u otro investigador pueden seguir la sucesión de eventos de este estudio en el entendimiento de su lógica. Para esto la presente investigación generará un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permitirá que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares.

c) Dependencia

Asimismo, se debe tomar sumo cuidado en cada paso del proceso de recolección de datos y análisis de los mismos con el propósito de garantizar la dependencia o consistencia lógica que consiste en el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos

análisis, generen resultados equivalentes, pudiendo ser únicamente verificados a través la sistematización en la recolección y el análisis cualitativo.

d) Transferibilidad

La transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En esta investigación la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se garantiza una descripción clara y densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados

El tratamiento de los datos consistió en la sistematización de las informaciones para el análisis y discusión de los resultados.

Se describió inicialmente, la dinámica del tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo de categorías temáticas, por considerar una técnica que permite evidenciar las “unidades de significado”, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico seleccionado.

Se realizaron 10 entrevistas a enfermeras de los programas de especialidades y maestrías de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión, que tenían entre 44 y 60 años de edad, algunas fueron casadas, otras divorciadas y una soltera. Asimismo, una atravesaba la perimenopausia, dos la menopausia y siete mujeres la posmenopausia. Trabajan en diferentes instituciones de la ciudad de Lima, siendo algunas contratadas, otras nombradas y algunas contratadas a plazo indeterminado.

4.2. Análisis y discusión

Para el tratamiento de los datos se realizó la sistematización de las informaciones para el análisis y la discusión de los resultados. A continuación, se describe la dinámica del tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Desde el punto de vista metodológico, la información fue procesada en

cinco principales etapas, que en la práctica se desarrollaron de manera simultánea:

(92)

Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, en formato de texto digital, aislando la digitación de todo el contenido de la grabación. El momento de transferir el material de audio a texto es crucial y se necesita de paciencia y perseverancia por parte del autor. Es el investigador quien debe decidir qué transcribir pues el análisis del discurso y la conversación requieren de una transcripción detallada.

- a) Lectura minuciosa de todo el material transcrito.
- b) Lectura minuciosa de todo el material transcrito.
- c) Lectura de los relatos de cada enfermera sobre los temas trabajados de todo el material para identificar y discriminar los aspectos semejantes, en el documento de texto digital.
- d) Selección de las ideas centrales (temas) dadas por las entrevistadas, siendo identificadas a través de códigos (colores) que las representaban. Es importante mencionar que, para agrupar las categorías y subcategorías, se utilizó una técnica de subrayado colorido computacional, que garantizó la credibilidad a la separación de los relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales, construyéndose así un mapeo de las ideas significativas de características comunes, permitiendo luego construir las unidades de significado. Al final de este primer procedimiento, se obtuvieron 18 unidades temáticas o de significancia.
- e) Identificación de las categorías a partir de las unidades de significado, elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

De este proceso de clasificación, emergieron cuatro categorías temáticas las cuales son presentadas a continuación:

Categoría I. Vivenciado el climaterio con alteraciones físicas y psicológicas

Categoría II. Vivenciando sentimientos de inferioridad sexual, separación, incompreensión con la pareja.

Categoría III. Redes sociales de ayuda para un climaterio saludable

Sub categorías:

La familia

Ayuda profesional

Ayudándose entre pares

Categoría IV. Trascender desde las experiencias y construir las bases para el cuidado y el logro de una vida plena: hacia un modelo de cuidado integral de la mujer en climaterio.

Sub categorías:

Las bases del cuidado para el logro de una vida plena.

El Modelo de cuidados para la salud de la mujer en edad de climaterio.

Las categorías presentadas emergieron de las propias narrativas de las enfermeras estudiantes de especialidades o maestría, fueron construidas a partir de los datos recogidos en las entrevistas, no antes de ellas, se configuraron las temáticas encontradas y se respetó la veracidad de las historias de vida narradas.

El método permitió que los sujetos de estudio reflexionen sobre sus experiencias de vida relacionadas con sus experiencias en el climaterio, pues en el momento en que relataban sus historias en un orden más o menos cronológico,

revivían con mucha emoción, nostalgia en algunos casos y felicidad a la vez, episodios históricos, secuencias de hechos y transmisión de acontecimientos que caracterizaron sus vivencias y las necesidades principales insatisfechas, experimentando molestias físicas y psicoemocionales en su cotidiano, permitiendo así identificar los focos de atención para luego elaborar las propuestas de atención a las enfermeras que atraviesan por esta fase de la vida.

La historia de vida permite al informante tomar sus vivencias en forma retrospectiva, con una interpretación profunda y reflexiva. En ella generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico, reprimido y muchas veces haciendo “catarsis” nos brindan sus discursos en tono confidencial. Es una escucha atenta, confidente respetando la intimidad del informante (86).

Estas escenas trascendentes las pudimos evidenciar a través de las historias de vida narradas por cada una de las participantes dirigidas a la investigadora, se pudo entender lo que ellas sienten y viven, así como la interacción entre “investigadora-participante” y entre “enfermera-enfermera”. Fue una oportunidad para develar sus sentimientos y pensamientos reprimidos como una experiencia gratificante.

Los testimonios fueron analizados respetándose la individualidad y la especificidad de cada enfermera, por eso sus discursos fueron agrupados en categorías, de acuerdo con los temas que emergieron de sus propios discursos. Es solo a partir del significado atribuido a la historia de vida de cada participante, que el investigador puede determinar la orientación teórica del estudio.

La principal ventaja del método historia de vida se atribuye a garantizar que la tendencia observada o los datos considerados dignos de interés científico son los

registrados por los propios sujetos, y no aquellos que el investigador de afuera, a priori encuentra (86).

4.3. Análisis y discusión de los resultados

Los resultados permitieron mayor aproximación a las mujeres, conocer lo que sienten en esta etapa porque se pudo conocer sus experiencias y concepciones interpretadas por ellas mismas, con el propósito de obtener su visión del mundo, sentimientos y comportamiento de ellas.

Scott en Tarrés (95) otorga claves para interpretar los significados de los malestares y problemas derivados de la diferencia sexual que enfrentan las mujeres debido a su posición subordinada, impidiéndoles transformarse en sujetos reflexivos.

Las categorías que emergen se presentan a continuación:

1. Vivenciando el climaterio con alteraciones físicas y psicológicas.

Los estudios que constituyen esta categoría muestran que existen esfuerzos por comprender el climaterio como un proceso integral de la vida femenina; pese a eso, es innegable que una mujer pase todo este periodo sin relatar la presencia de alguna molestia tanto física como psicoemocional.

Las enfermeras participantes en el estudio, en concordancia con la etapa de vida que atraviesan, es decir el climaterio, manifiestan desde la profundidad de sus sentimientos, las experiencias vividas en el orden físico, emocional y social, las mismas que develan los cambios por ellas identificadas; tal como se puede apreciar en los siguientes testimonios:

(...) *“Empecé a sentir unas oleadas de calor como fuego, como vapor que salía de atrás de mi nuca, e inmediatamente unas sudoraciones, estos bochornos eran cada vez más intensos incluso hasta cada 15 minutos, sobre todo cuando me estresaba... Me di cuenta que estaba envejeciendo, se me empezó a suspender la menstruación poco a poco, mi vitalidad disminuyó”* (Piedra de luna).

(...) *“Ahora, lo más curioso era que cuando estaba en el hospital, y estaba recibiendo el turno, de pronto ufffff; me encendía toda, no? y en pleno invierno, mientras todos estaban escribiendo abrigados con sus chompas, yo estaba tratando de darme aire, aire, aire, porque era una cosa incómoda, y a veces trataba de hacerlo no tan evidente, pues me daba vergüenza que sepan que estoy “sobre los 40” y que mi vida reproductiva se acabó..., pero con el tiempo ya se me había pasado la vergüenza y todo, y así pues, me ventilaba,... que iba a hacer”* (Amatista).

(...) *“Mi experiencia en el climaterio se inició cuando yo tenía 55 años, se me presentó con bochornos, dolor de cabeza... yo decía ¿que será, será la presión o será de algo no? Que está perjudicando mi salud, y preguntaba a uno y a otro a mis compañeras, y mis compañeras me dijeron seguro es la menopausia, estas en el climaterio, entonces dije yo ya tengo esa edad no... Pero yo siempre he tratado de que nadie se dé cuenta, les contaba a mis hijos y ellos no me entendían y me decían que eso es normal, ándate a pasear, anda distráete, pero era algo que entraba ese bochorno desde la planta de los pies hasta mi cabeza que quería explotar... El desgano, el cansancio era muy fuerte, comía desesperada, aunque no tenía hambre”* (Rubí).

(...) *“La sintomatología que he tenido ha sido el sudor, que uno siente pues que... Y en la noche cuando uno se despierta bañadita en sudor... de allí, me acuerdo que cuando estaba en el servicio y sentía ese calorcito, ese rubor y que se perla toda la frente con sudor que incomoda y los bochornos”* (Zafiro).

(...) *“La sintomatología se manifestó en mi a través de bochornos y oleadas de fuego que yo pensaba que eran diablos que se me metían al*

cuerpo, porque era un calor que se me metía desde los pies y me encendía todo el cuerpo, era horrible, horrible” (Diamante).

(...) “He sentido que van disminuyendo un poco mis hormonas, como que todo lo que uno come asimila, entonces uno tiene que cuidarse, eso sí he sentido, porque comía lo mismo y de repente por la vida sedentaria sentía que me estaba engordando un poquito más, lamentablemente todo lo que uno come lo asimila, muchísimo más y justamente eso tiene su explicación por la disminución de hormona” (Esmeralda).

(...) “Más bien si tuve problemas para bajar de peso, con el último hijo ya no pude bajar de peso, y todo el mundo me decía que es el cambio hormonal, es lo único que sentía, el hecho de haber subido de peso y no haber podido bajar a pesar de... No porque que yo coma en exceso no, para mi difícil es bajar de peso... La cefalea me daba una vez a las quinientas, y hasta considero que es normal por la tensión y la carga laboral, de los 40 a los 43 fue esa sudoración que molesta y es la época del abanico, porque uno para con su abanico, después tranquila” (Zafiro).

(...) “Bueno, estoy en la primera etapa del climaterio, hace 10 meses tuve periodos muy distantes, pero desde hace tres meses se me ha suspendido la menstruación, tuve mi control en la clínica y a raíz de que fui a hacer un chequeo preventivo, el doctor me indicó un dosaje de hormonas y me dijo que estaba en la pre menopausia y que estuviera preparada. Me hice la mamografía y me dieron unas hormonas como suplemento, sin embargo, tuve cambios muy notorios en la menstruación, ya que yo siempre fui muy regular. ...Debo mencionar que mi cansancio físico es más pronunciado... Me da cuenta de que estaba engordando pese a mi cuidadoso régimen alimentario... en el aspecto íntimo, siento que estoy perdiendo la libido, tengo sequedad, pero recibo tratamiento para eso” (Jade).

Considerando los testimonios descritos, cabe resaltar que, aunque los bochornos son los síntomas más clásicos de la deficiencia de estrógenos, es interesante, también

el modo en que Mongrout, refiere que algunas mujeres intencionalmente ocultan la sintomatología climatérica con el fin de ocultar su verdadera edad porque hay prejuicio contra la mujer, pues aquí se resaltan los simbolismos de género referidos por Scott con todas sus consecuencias (58, 73).

Las entrevistadas suelen describir las oleadas de calor como sensación de quemazón intensa u oleada caliente que se inicia en la cabeza o cuello y que se irradia al tórax; en algunos casos es acompañada de cefalea y ocasionalmente asociada a palpitaciones o ansiedad. No se conoce la causa precisa de las oleadas de calor en este periodo, aunque se ha señalado que los estrógenos juegan un papel importante. Además, hay evidencias que soportan la hipótesis que los receptores alfa dos adrenérgicos dentro del sistema noradrenérgico central están involucrados y los niveles de norepinefrina, que juegan un papel en la termorregulación, pueden participar en el proceso (58, 60).

En todas las sociedades, la vida de la mujer es afectada fuertemente por los cambios en su vida reproductiva, la que tiene una clara y directa influencia en su estado de salud, en su bienestar y confort, así como en su desempeño profesional, en su vida laboral, académica, familiar y social (96).

Mongrout (58, 59) refiere que el climaterio es una etapa en la vida de la mujer, que marca la transición entre la vida reproductiva y el fin de la misma que se caracteriza por la disminución progresiva de la función ovárica y de las alteraciones en los órganos que responden a las hormonas sexuales, que va de los 40 a los 65 años y dentro de este periodo se da la menopausia, que es solo la fecha de la última regla la misma que se presenta entre 48 a 52 años. El climaterio verifica la transición de la madurez sexual a la senectud, donde se dan algunos procesos que si bien es cierto

tienen relación con la vejez. La senectud es una etapa muy posterior a la de la menopausia, es un proceso natural. En versión de Papalia generalmente la mujer en su vida adulta se dedica a asistir a la familia, a criar los hijos, atender los quehaceres del hogar o desarrollar una carrera, vive el climaterio con emociones mezcladas, sin embargo, la enfermera además de esto tiene que cuidar enfermos o desempeñarse en otras áreas de enfermería, es decir vive para otros y muchas veces se olvida de su cuidado. Ahora es el momento de pensar en ella misma, porque está en el periodo más interesante de su vida, donde su experiencia y sabiduría deben ser aprovechadas (3).

La enfermera quien provee cuidados y que atraviesa esta etapa de la vida, es necesario que identifique los cambios fisiológicos que se producen en ella en cada etapa de su vida, así mismo adaptarse a estos procesos y convivir con ellos, pues Roy mencionado por Marriner, puntualiza que solo se mantiene la salud y la calidad de vida si la persona se adapta a los cambios específicos de cada momento de su vida (20).

La etapa climatérica se presenta durante la vida de las mujeres, con irregularidades menstruales y con ciertos cambios internos y externos que genera algunas veces molestias en las mujeres, que serán menores y se hará un buen manejo de ellas si la mujer goza de buena salud en general, si lleva una vida plena e interesante y sobre todo si mantiene una actitud positiva.

Es una etapa fisiológica en la vida de la mujer, ni “crítica” ni patológica, como lo son la infancia y la adolescencia, con sus características, riesgos y problemas propios de la evolución de la vida de la mujer, con algunos eventos clínicos que pueden acompañarla camino a la tercera edad y al envejecimiento

natural que la ley de la vida impone. Las manifestaciones climatéricas, especialmente los cambios hormonales, son tan impresionantes como lo fueron al llegar de la infancia a la etapa reproductiva. En algunos casos, aproximadamente el 20% de las mujeres pueden alcanzar una dimensión patológica o enfermedad constituyendo el “síndrome climatérico” (58, 60).

El fenómeno central del climaterio es el cese de la función ovárica, y la menopausia surge cuando la producción hormonal del ovario disminuye y en consecuencia se produce menos hormonas sexuales, cantidad insuficiente para hacer reaccionar al endometrio. Los estrógenos son las hormonas sexuales femeninas más importantes, son las que producen los cambios físicos de niñas a mujeres, prepara el cuerpo para ser fecundado y concebir, también afecta el crecimiento y la textura de la piel, y del cabello, así como de la grasa subcutánea. Otra hormona femenina de gran importancia es la progesterona, aunque sus efectos son de menor amplitud, es fundamental durante el embarazo y su función es necesaria en los procesos de menstruación y concepción (60, 61).

Al cesar la ovulación, se detiene la producción de hormonas sexuales en los ovarios y los tejidos requieren cierto tiempo para ajustarse al nuevo equilibrio hormonal. Los síntomas como bochornos, sudores, fatiga, cefaleas, trastornos del sueño y sequedad vaginal pueden perdurar por meses e incluso años, pero en cada caso es importante el mantenimiento de una salud óptima para llevar una vida productiva al máximo y seguir sintiéndose activa, saludable y feliz (61, 77, 97).

El contenido de las narrativas reflejan que las mujeres climatéricas refieren con mucha frecuencia que sienten un “calor horrible”, que las alteraciones menstruales repercuten en la intranquilidad cotidiana por la incertidumbre, además

vivencian malestar y una impresión de rechazo por su compañero, así como una sensación de impotencia ante el mundo social que la rodea; así como preocupaciones en relación a la pérdida de la fertilidad al experimentar la menopausia que se presenta a mediados del climaterio.

(...) “No he sentido nada, de repente tal vez porque desaparecieron esos síntomas, porque yo salí embarazada casi a los 40 años, entonces tuve a mi niña y fue como si volviera a empezar... Entonces yo no conozco en mi persona ningún síntoma como refieren las colegas sobre sudoraciones, sofocos, nerviosismo, ninguno de esos efectos he sentido en mi persona... O sea, yo he pasado esa etapa sin ningún malestar”(Topacio). (Divergencia).

El climaterio es un proceso biológico natural en la vida de la mujer, en el que la mujer pasa por una experiencia existencial profunda en el ámbito de las relaciones sociales, familiares, en la vida conyugal, profesional y espiritual, donde el contexto familiar, sociocultural y religioso adquiere especial importancia. En este lapso, la mujer enfrenta problemas biosociales resultantes de los cambios del perfil hormonal, muchas veces con repercusión clínica. El climaterio representa un conjunto de alteraciones orgánicas y emocionales cuyo inicio generalmente es confundido con la menopausia que es el final del periodo reproductivo por presentarse allí la última menstruación. Sin embargo, algunas mujeres pasan por esta etapa de la vida sin experimentar los cambios biológicos ni psicológicos del climaterio, donde los síntomas más comunes son: sofocos, dolores articulares, nerviosismo, depresión, insomnio, alteraciones cardiovasculares y endocrinos (55).

Aunque en algunas mujeres el climaterio transcurre sin mayores molestias, como un simple cambio de vida, para otras no. Para otras, el climaterio significa

envejecimiento, menor interés sexual, cambio y hasta deterioro en las relaciones con la pareja, trastornos físicos y psíquicos atribuibles con razón y sin ella al climaterio. Estas vivencias muchas veces pueden ser pretexto para el descuido personal y falta de interés por la vida, algunas piensan y suponen que la “vida” ha terminado. A medida que los ovarios disminuyen la capacidad de producir estrógenos surge un desequilibrio hormonal que ocasiona en la mayoría de las mujeres cambios en los ciclos menstruales y pueden acompañarse de una aparatosa sintomatología entre ellos los temibles “bochornos”, como lo manifiestan algunas de las enfermeras en climaterio entrevistadas (58, 77, 97).

El género se manifiesta a partir de la construcción social que define lo masculino y lo femenino, en relación a las características biológicas determinadas por el sexo; presenta aspectos subjetivos tales como los rasgos de la personalidad, las actitudes o los valores, y aspectos objetivos o fenomenológicos tales como las conductas y las actividades que diferencian a hombres de mujeres.

Como categoría de análisis, el género explica los factores que conducen a las desigualdades entre mujeres y hombres; pone de manifiesto el carácter jerarquizado de las relaciones construidas entre los sexos en cada cultura, y por tanto facilita el cambio de esa realidad. El conocimiento profundo de los factores que condicionan las desigualdades de género relacionadas con la salud, permite entender a la mujer desde una concepción humana, con sus conductas, comportamientos, sentimientos, emociones, las mismas que son producto de las declinaciones hormonales propias de la mujer en este periodo de la vida; concibiéndola como un ser que al igual que la infancia o la adolescencia, viene pasando por una etapa más de su vida con sus sentimientos y emociones propios de ella en este periodo (74).

La deficiencia hormonal también afecta en grados variables, los estados emocionales, psicológicos y aun la autoestima de las mujeres; inclusive sus respuestas sensoriales, que pueden comprender cambios en el estado de ánimo, ansiedad, fatiga, irritabilidad, depresión, llantos, tendencia a la melancolía, tristeza y dificultad para concentrarse o recordar (3), tal como lo refieren las entrevistadas en los siguientes discursos:

(...) *“Pero había otros momentos en los cuales a veces, cuando estaba sola en el cuarto, ya en la casa, ¿no? y miraba la foto de mi esposo no?,... o miraba la foto de mi hijo siendo chico, entonces entraba el llanto, la nostalgia, y me ponía a llorar, llore, llore y llore, y para evitar que no me estén escuchando allí... me cerraba la puerta del cuarto y me ponía a llorar...Reconozco que me puse muy lábil, ¿no?”* (Amatista).

(...) *“No soy la misma de hace 10 años atrás, siento decaimiento, y eso me entristece, me siento ansiosa porque quisiera ser como las otras colegas que de igual edad que yo, ellas son muy hábiles”* (Jade).

(...) *“Siento tristeza por la pérdida de la vitalidad”* (Jade).

Las mujeres perciben el climaterio con emociones mezcladas. Es más probable que los problemas psicológicos en la adultez media sean causados por las actitudes, especialmente por las representaciones sociales negativas del envejecimiento. La autoestima se ve afectada cuando las personas devalúan su ser físico, incluso ante las poderosas fuerzas sociales que refuerzan un culto a la juventud. Aunque las depresiones graves se producen en raras ocasiones, son frecuentes los estados depresivos leves, quedando manifiesto que las alteraciones hormonales y de los neurotransmisores contribuyen a estas situaciones, como lo muestran los siguientes discursos (3, 58, 60).

(...) *“Miraba a mi hijo y eso me daba fuerza, todo me daba pena, me miraba en el espejo y sentía desfallecer, pensar que me dejaron por otra... tal vez mejor que yo... mi autoestima estaba por los suelos... era una ansiedad y preocupación por todo... No fui más la misma que antes, traté de sobreponerme, pero no podía... Esto me duro mucho tiempo, cosa que me irritaba y empecé a sentir enojos contra mí y contra las cosas que hacía... y muchas veces me irritaba”* (Piedra de luna).

(...) *“También he sentido y siento frecuentemente ansiedad”* (Jade).

(...) *“Por otro lado, todo esto me llevó a una depresión fuerte que me mandó hasta el hospital, estuve en tratamiento, pero ahora me siento bien, tranquila, tuve ayuda profesional de un médico en el Rebagliati, que me apoyó bastante en las terapias... y ahora me tiene acá”* (Rubí).

(...) *“La carga emocional o el trabajo muy recargado, eso sí me hacía cambiar mi estado de ánimo y me irritaba”* (Perla).

(...) *“Pero lo que me daba más fortaleza, era escuchar a mi mamá, quien me decía, que su menopausia –climaterio- lo pasó así, también con ciertos síntomas, pero, ella pues, nos tenía ¡a cinco!, cinco niños, para los cuales ella tenía que sacar las fuerzas de donde sea, entonces, pensando, pensando en eso, y, en mi madre, como lo afrontó, que ella en ese tiempo, ni tomo remedios, ni pastillas, ni pensando que iba a ver un ginecólogo, porque ella pensaba que era la cosa normal de la mujer que tiene que pasar, me afiancé, me afiancé en lo que mi madre pasó, y al menos eso me dio un poco más de valor. Valor para poder siquiera pasar esa etapa, con la medicación que me había dado el médico, de la medicina natural, ¿no?... o sea, han sido como te digo, alicientes como para poder conllevar esta sintomatología”* (Amatista).

(...) *“Sin embargo, sufrí mucho, la soledad fue muy intensa, me sentía sola, y sola tuve que salir adelante, me volví muy sensible...Por ese tiempo me pasó de todo, entré en una depresión profunda, pensé que no iba a salir de eso, me separé de mi esposo, me quitaron una jefatura, se me caía el mundo*

porque decía que me hacía con tres hijos y sola, como los iba a mantener, ya te puedes imaginar, me costó mucho salir de ese cuadro depresivo... siempre me deprimía y quería estar siempre conversando con alguien” (Diamante).

(...) “Cuando recordaba que algunas amigas decían que su menopausia – climaterio- se lo pasaban de lo más feliz, de lo más tranquilo... pero, medicadas, por supuesto!, en cambio, yo decía: “a mí no me pueden medicar por mis antecedentes” (Amatista). (Divergencia)

Siendo el climaterio una etapa muy importante en la vida de la mujer, es el espacio vital que sigue al periodo reproductivo, está lleno de cambios biológicos y psicológicos, que en definitiva no marcan el final de la vida. El climaterio lleva en su interior a la menopausia que es la última menstruación, evento de tipo totalmente fisiológico y natural, que desafortunadamente ha sido utilizado por décadas como herramienta para marginar a la mujer, y a la verdad, lo han conseguido en gran manera, haciendo que muchas de ellas hayan terminado por aceptar el hecho, considerando este instante como el fin de todas las oportunidades personales y sociales. Los cambios naturales se han interpretado en ocasiones de forma errónea al considerarlos como equivalente a enfermedad (12).

El climaterio representa una etapa que se puede ser rica en vivencias y en experiencias, si la mujer adquiere el conocimiento y el dominio relacionado con los cambios que experimenta. La mujer puede seguir disfrutando de su cuerpo y de su espíritu en todas las dimensiones y con todas las proyecciones que desee. Hacer que la mujer haga suyos estos conceptos, debe ser labor prioritaria de todos los profesionales de la salud, sin diferencias de especializaciones o de áreas del saber cuya perspectiva sea centrada en una visión equivalente a enfermedad.

Sin embargo, los estudios que confrontan esta categoría muestran que existe un interés por comprender el climaterio como un proceso natural de la vida femenina, donde la mayoría de las mujeres relatan la presencia de algunos síntomas de origen psicológico o fisiológico.

Las entrevistadas en sus discursos, relatan que frecuentemente sienten un “calor horrible”, conocido como “bochornos”, que se caracteriza por una sensación súbita y transitoria de calor moderado o intenso, que abarca la cara, cuello y pecho, pudiendo ser peor en momentos de estrés o tensión. Esto afecta a mujeres en climaterio o aún, en post climaterio, siendo motivo de muchas consultas médicas (58). Asimismo, revelan que las alteraciones menstruales les incomodan porque están en una incertidumbre alterando su bienestar. El climaterio en la mujer se clasifica en premenopausia, perimenopausia y posmenopausia. La premenopausia mantiene la regularidad del ciclo menstrual, la perimenopausia es la fase característica de los ciclos irregulares, por un periodo generalmente entre 8 a 12 meses, hasta presentarse la menopausia o cese de la menstruación, mientras que la posmenopausia se instala cuando hay amenorrea de doce meses a más (53, 63).

Las narrativas de las informantes develan la preocupación de las mujeres frente a las irregularidades menstruales, el temor a una posible gestación, sobre todo considerando la edad y las posibles complicaciones que estas podrían acarrear. Paralelamente manifiestan impotencia ante el mundo social que las rodea, por la pérdida de la fertilidad al llegar a la menopausia, sensación de envejecimiento y ganancia de peso. También se puede evidenciar ansiedad por los cambios físicos y psicoemocionales vividos, las mujeres se muestran más vulnerables a los cambios de humor y a la cultura machista de nuestro país que concibe que la función

reproductora de la mujer terminó con la menopausia y que sus deseos sexuales disminuirán durante este periodo.

Tanto las alteraciones físicas como psicoemocionales, así como una sociedad involucrada por hábitos que no valoran el “Ser mujer” abren la posibilidad de buscar comprenderlas y atenderlas de forma integral, haciendo frente a un sin número de complejidades (12).

Un aspecto relevante en la vivencia de esta etapa vital, comprende la respuesta del organismo ante cambios sustantivos como son las variaciones hormonales, se refleja en grados diversos de desequilibrio entre las personas. No todas experimentan las mismas molestias ni en la misma intensidad. Es frecuente tal como lo han develado las primeras categorías, la presencia de sentimientos de ansiedad, angustia y el bajo estado de ánimo, la respuesta conductual ante estos estímulos se puede apreciar en:

(...) “Hay días en que uno se siente como cansada, con energía baja, y yo no podía tomar medicamentos porque soy alérgica y me empezaron a chocar, por eso no puedo tomar ni pastillas ni inyecciones” (Perla).

(...) “El climaterio empezó en mi persona un poco adelantado diría yo, muy temprano en mi vida, por un desorden hormonal a los 42 años, por lo que me vi obligada a tomar pastillas. Esto afectó todo mi factor hormonal, y a partir de esa fecha comencé a tener los bochornos. Pude notar que había una debilidad en mí, un poquito más de cansancio o sea uno como que disminuye su energía, pero era de cuando en cuando. Por momentos pensaba que estaba embarazada, imagínate a “esta altura de la vida”. Eso me incomodaba mucho” (Perla).

Las diferencias individuales no se dejan esperar. Existen mujeres cuya personalidad y estilos de vida llevados, le permiten encontrar respuestas reflexivas, que forman parte de su pensamiento y convicciones, pasando la sintomatología

muchas veces desapercibida para ellas, mientras que otras tienen que recurrir a suplementos hormonales para equilibrar sus desniveles. El mundo valorativo trasciende la perspectiva reduccionista de género y hace surgir la aseveración hecha para el cuidado de toda la vida y no solo por etapas (69).

Emerge también la convicción de la necesidad profunda de autoconocimiento, autoestima y autoprotección, develando que la mujer no ha venido al mundo y sus espacios sociales, a satisfacer las expectativas de otros, sino a satisfacer sus propias expectativas, según Papalia, tal como lo expresan (3):

(...) “Nunca he tenido ese tipo de angustias, el cuidado y la moderación, esa es la única forma de lograr la felicidad y evitar esos efectos desagradables en el climaterio, que llevan a muchas personas a veces a un desequilibrio mental o emocional. ¿Cómo siendo enfermera no te cuidas?, pienso que en la vida se debe separar dos cosas, la vida profesional y la vida del hogar. Las enfermeras tenemos que querernos” (Topacio).

(...) “Jamás he tomado medicamentos para cuidarme, soy cero medicamentos, porque con mi último hijo quedé con una alergia a los medicamentos” (Zafiro).

Así pues, la vida reproductiva de las mujeres ha estado llena de silencios, tabúes, mitos y prejuicios evidentes. Los resultados evidenciados en los discursos en esta investigación, desmitifican este periodo de la vida de las mujeres adultas y adultas mayores, para que se lleve a cabo de forma más agradable y gratificante para ellas. Por lo tanto, que les parece si le damos la “bienvenida” al climaterio y a la menopausia en nuestras vidas.

La sintomatología de esta etapa es vivenciada por la mujer de manera heterogénea, sin embargo, se trata de ir más allá de la vulnerabilidad humana y de avanzar al reconocimiento de la mujer como sujeto de derecho y por lo tanto a incluir el necesario espacio en todos los niveles de atención, a fin que reciba el apoyo, la

orientación y los recursos necesarios para alcanzar el bienestar que se ve interferido por el proceso de cambios hormonales.

2. Vivenciando sentimientos de inferioridad sexual, separación, incompreensión con la pareja.

En relación a las vivencias con la pareja, el enfoque de género nace de la idea en que la mujer había quedado fuera de los procesos de desarrollo, rechazada en algunos casos por la pareja cuando evidencia declinaciones propias de la mujer en climaterio, incompreensión en algunos casos por parte de la familia cuando no es entendida respectando a lo que está pasando, o en algunos casos incompreensión en el ámbito laboral cuando no se advierte lo que ella viene vivenciando. Esto nos lleva a reconocer que, muchas veces la mujer ha sido parte invisible en los procesos de atención y comprensión.

El enfoque de género sostiene que una de las dimensiones de la desigualdad social es la relación entre mujeres y hombres, junto con otras tales como la clase social, la etnia, la región de residencia o la edad, las cuales dependen de las circunstancias históricas, del lugar y del momento particular; la utilización de este enfoque enriquece los marcos explicativos del proceso salud-enfermedad.

Algunas feministas en relación al periodo del climaterio, consideran dos aspectos fundamentales: la confrontación con el envejecimiento y la actitud del grupo social al que pertenece la mujer por considerar al climaterio como la pérdida de la capacidad reproductiva. Esta actitud de la sociedad generalmente no es muy favorable, se suma a la visión habitualmente negativa que desarrolla la mujer acerca

de sí misma y magnífica el impacto que los otros síntomas puedan desarrollar, alterando las condiciones para la vida en pareja (98).

Las alteraciones sexuales derivadas de esta fase de la vida de la mujer, resultan incómodas por repercutir en la relación de pareja y hasta incluso en el rechazo de la mujer en la intimidad. En este sentido, las relaciones conyugales pueden generar angustia y ansiedad. Ellas esperan encontrar respeto, compañerismo y amor de su compañero; expresan también la necesidad emergente de dialogar, compartir sus experiencias, relacionadas o no con esta etapa de la vida.

Para la mujer la vida en pareja y el amor es una actitud, que supera el espacio de la genitalidad y se fundamenta en el significado del otro en cada momento de la vida, conocerlo, comprenderlo, respetarlo y aceptar que las personas cambian sin embargo su esencia y valor perdura. Lamentablemente, en la cultura de nuestro país se relaciona el sexo directamente con la función reproductora de la mujer; y cuando se instala la menopausia, la mujer tiene la sensación de haber llegado a la etapa de una “misión cumplida”; limitándose y hasta negando el expresar claramente sus deseos y necesidades sexuales (12). Tal como lo muestran los siguientes discursos:

(...) *“En la relación conyugal, me sentí un poco inferior porque la menstruación se me retiró muy temprano y me... sentía menos mujer”* (Perla).

(...) *“La separación hace más la posibilidad de que uno caiga en una etapa crítica de su vida, y que sea difícil salir de esa situación”* (Coral).

(...) *“Yo me divorcié casi a los 38 años y todo este proceso lo afronté sola... toda mi vida sola, ya mis hijos se han casado y sola me estoy realizando... En el trabajo mayormente no demostraba mis malestares, trataba de mostrar que soy fuerte, que nadie se dé cuenta... Pero las compañeras en sí son perversas, no te dan apoyo, cuando ven que tú te*

equivocas o que algo está pasando, no te ayudan y critican ¿Qué es esto?, ¿Por qué se olvida?, ¿Por qué no pone esto en su lugar?, ¿Por qué se enoja?, parece que no da más... No he tenido apoyo, pero así sigo adelante, y lo siento por las colegas, Por qué ellas son las que más nos deben ayudar... Somos el cuerpo de enfermeras” (Rubí).

En la vida normal de los seres humanos, la generatividad y el amor pleno entre dos seres que se aman ocupa un espacio relevante; es más que compañía y compartir recursos. Habitar bajo un mismo techo y compartir un destino común en situaciones de bonanza y dificultad, es la esencia de la unión conyugal (3). Las primeras décadas del matrimonio se ven plenas del encanto propio del vigor físico, el entusiasmo y el afán de alcanzar los proyectos individuales y familiares; gran parte del centro de la atención son los hijos y el disfrute de la salud es ostensible. No obstante, quienes se unen proyectan también cómo será su unión cuando se hagan presentes la enfermedad o los cambios propios de la edad y los hijos ya no estén.

Vivir consciente de la propia existencia, sus fortalezas y vulnerabilidades no se revela aún como rasgo predominante entre las enfermeras que relatan sus vivencias; no hubo una actitud anticipatoria y clara de los efectos de los cambios hormonales, las consecuencias en su salud y en la vida conyugal (82). Es un hecho que no necesariamente las parejas tengan que llegar a la separación como consecuencia del climaterio; la mujer en el plano individual y en todo espacio social, necesita trabajar una nueva visión de género, con todas sus potencialidades y sentido de poder transformador de los efectos físicos, emocionales que aun siendo variables entre las mujeres, pueden en algunos casos trastocar sus fuerzas y

exponerlas a difíciles avatares con pérdida de los elementos más significativos de su existencia.

(...) “Incluso la parte afectiva, el vacío que uno tiene, porque yo soy soltera... Aunque en mí no es un indicador que me genere ansiedad, pero si, cuando una está sola a veces dice, “Me voy a quedar sola”, personalmente, en definitiva, aunque si me hace falta alguien, y me gustaría tener alguien con quien compartir, por eso considero que no ambiciono un terreno, una grandeza, para estar bien y no me da eso de estar persiguiendo más riquezas, no ando persiguiendo eso, pero si persigo logros personales, satisfacciones personales, académicas, y, eso.... me llena bastante, eso me hace olvidar de la sintomatología del climaterio ¿no? y probablemente allí esté mi satisfacción y mi compensación conforme avanza mi vida” (Coral).

(...) Me dio la sensibilidad por ejemplo a los olores, era una cosa tal, que quizá, un olor que para mí antes resultaba agradable, ahora ya no me resultaba tan agradable un día si me dolió tanto, que justo un día mi hijo estaba allí, como siempre él haciendo sus cosas, yo me acerco no, y percibí un olor pues así como de cabello como cuando no te lavas, ¡no! entonces yo me había fijado que no se lavaba el, el cabello, -que es grasocito- pero le percibí tanto, que hasta yo misma le dije ¡no hijo! ¡No te lavas el cabello!” (Amatista).

La enfermera desarrolla su actividad profesional relacionándose y estableciendo contacto con otras personas, ya sea con el paciente, con la familia, con las colegas o con el equipo de salud, en este interaccionar se pueden presentar respuestas adaptativas positivas que proporcionan equilibrio personal, y respuestas adaptativas negativas que inducen a comportamientos disfuncionales también en el trabajo. En su quehacer cotidiano debe brindar confianza y apoyo emocional; debe percibir los

temores, mitos y cultura de la mujer en relación al proceso climatérico y superar sus efectos (99), tal como lo expresa:

(...) “Y tratamos de dejar lo nuestro, lo que sentimos en ese momento para atender al paciente, porque tú no puedes decir al paciente “mira que estoy con bochornos” y ya pues te dejo de poner el medicamento o atender... Tú sigues con todo eso, realmente es hacer el trabajo... “A pesar de”... Continuar nomás, tú no puedes parar, tal vez sí, por un segundo, pero luego debes continuar” (Perla).

El climaterio y la postmenopausia no son una etapa negativa, debe reconocerse como un período de transición que representa una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, aspectos centrales del cuidado de enfermería, sin embargo, muchas mujeres somatizan esta etapa de la vida, como se devela en los siguientes discursos y es probable que esto interfiera no solo en la vida laboral sino también en la vida de pareja.

(...) “Un día a eso de las 4:10 a 4:15 de la mañana, me dio una encendida como se dice, que no aguanté y le dije: Por favor “Feli”, dame tu llave del cuarto de la ducha, me voy a duchar, y me dijo: ¡Señora! ¿A esta hora se va a duchar?... ¡No aguanto, más!, le dije, ¡No aguanto, más!, que voy a hacer, yo no sé ducharme a esta hora, pero que voy a hacer, y me fui para darme un duchazo de cinco minutos, hice que me cayera el agua... ya no aguantaba la sofocación que sentía, sobre todo que ya iba a amanecer, ni modo... sin embargo, algunas guardias las pasaba muy bien” (Amatista).

La enfermera, por las funciones propias de la profesión, tiene la capacidad de desarrollar tolerancia a la frustración, aunque tenga que vivir y experimentar la sintomatología propia del climaterio es capaz de continuar actuando incluso en situaciones de presión, rechazo o fracaso (99).

(...) *“Muchas de las mujeres que he podido observar en esta etapa, en el caso ahora que estoy viendo en el servicio, son colegas mías que se están divorciando o que ya no se entienden bien con sus esposos y entonces están entrando en una separación de alguien que les estuvo acompañando mucho tiempo, y pasando por esta etapa del climaterio se acentúa desfavorablemente”* (Coral).

(...) *“Los demás no nos entienden y muchas veces quedo en silencio porque no me gusta que me miren disminuida, ¡Cómo quisiera ser la misma mujer de antes...!”* (Jade).

(...) *“Hasta que en algún momento las cualidades físicas, externas y de belleza, se iban marchitando, empezaron los problemas en la casa hasta que me separé, tal vez mi esposo vio a otra más joven y “completa”* (Piedra de luna). (Estereotipo)

(...) *“Porque allí te valoran por lo que puedes dar, si te ven cansada, acabada y que ya no rindes, simplemente te hacen de lado, ni te miran... te ignoran”* (Piedra de luna). (Estereotipo)

(...) *“Sin embargo, hay colegas que me dicen para qué estas estudiando... Y, yo les respondo: “Es lo que me gusta y nada más”* (Diamante).

3. Redes sociales de ayuda para un climaterio saludable.

En afirmaciones de Romero, las redes de apoyo, son formas de organización social adaptadas a las necesidades de supervivencia, cuando las personas presentan serios problemas de salud o condiciones de marginalidad por diferentes razones. Las redes de apoyo social son de tipo informal y están conformadas por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares, que brindan alguna o varias formas de ayuda; estas redes pueden apoyar de manera cotidiana o ante situaciones críticas, de carácter útil para encontrar soluciones creativas frente a los conflictos y problemas (100).

Las principales funciones que cumplen las redes de apoyo social incluyen: compañía, apoyo emocional, guía cognitiva, consejo, acceso a nuevos contactos. Además, la reciprocidad e intimidad, entre otros. Polizzi y Arias, expresan que las redes pueden ser tan pequeñas como la familia o tan grandes como los profesionales y amigos procedentes de la sociedad en su conjunto. Así tenemos en las siguientes subcategorías los testimonios que por sí mismos se explican (101).

Sub categoría:

Familia

(...) *“Lo que me ayudó a conllevar este proceso, fue primero lo de mi madre, saber cómo lo afrontó, las medicinas naturales que al menos me ayudaron. que de todas maneras me “tenían paciencia” porque mi mamá les decía a mi papá y a mis hermanos cuando venían de visita... ¡Así es!, “así son los síntomas, ya lo van a pasar ustedes cuando lleguen a esa edad” les decía a mis hermanas... y he tenido en casa al menos el apoyo” (Amatista).*

(...) *“Debo reconocer que me costó adaptarme nuevamente, pensar que no tienes a nadie, sobre todo a quien habías amado, pero luego mis amigos, la gente que me rodea, **mis padres**, mis hermanos, siempre han sido un buen soporte para mí, ¿no? Quizá yo hubiera sentido de repente más el vacío de esta persona a quien yo quería mucho... si es que hubiera estado sola, si hubiera tenido a mis padres en provincia, pero no, estamos tan cerca, estamos viviendo en familia todavía” (Coral).*

(...) *“Por otro lado yo he tenido bastante soporte de mi familia, gracias a Dios somos muy unidos, esto me ayudó a superar mis inicios en la menopausia y en ese sentido igual, mi esposo sabía de la etapa que yo estaba pasando y me dio bastante apoyo. Por eso como que ha pasado desapercibido la etapa del climaterio” (Esmeralda).*

(...) *“Mi esposo me ayuda mucho, me dice, si ya no puedes esto o aquello, tranquila, descansa, duerme, doy gracias a Dios, sobre todo por la*

estabilidad emocional y familiar, las chicas me escriben, no todos tenemos la suerte que tú tienes, pero es que la suerte se lo construye uno” (Topacio).

(...) “Mi esposo me dice que no haga más guardias porque eso me consume y, yo feliz no... Desde que era alumna, estudiaba y disfrutaba mis vacaciones, y ahora igual en el trabajo... Eso aprendí como enfermera, que para cuidar bien me debo cuidar bien” (Topacio).

La familia es valorada por la mujer en la etapa del climaterio, como la red de apoyo cercano, a fin de proveer consejo cauteloso y espontáneo, a partir de la experiencia vivida por la madre; es apoyo en términos de acompañamiento y soporte emocional; también apoyo instrumental por el uso de medicina alternativa.

Confirmando estos aspectos Novel, adiciona el modo como la dinámica familiar con desarrollo adecuado es el espacio para grandes y chicos, no importa la edad, es usual esperar que, en ella, siempre se encontrará techo y afecto. Aunque las redes de apoyo pueden ser heterogéneas entre familias, no permanecen estáticas, se modifican a lo largo de toda la vida; sin embargo, los hijos y la pareja, son los vínculos identificados como quienes brindan apoyo satisfactorio durante los momentos más difíciles (99).

Sub categoría:

Ayuda profesional

La envergadura de motivos por los cuales una persona requiere apoyo social puede ser variada. No obstante, cuando el bienestar está en juego y las molestias persisten, de nada vale intentar resolver la situación de manera individual. Matud, Caballeira, López, Marrero, Ibáñez (102), expresan que las redes tienen que ver con los recursos que éstas puedan tener frente a las necesidades humanas sentidas y esto

significa que en algunos casos son indispensables las redes de apoyo profesional (102).

En tal sentido tenemos los siguientes textos:

(...) *“Bueno, debido a que estaba con estos síntomas tan incómodos, recurrí a mi ginecólogo para ver cómo podía controlar todo esto, me dijo que no podía yo tomar nada, tengo antecedentes de miomas, no podía él indicarme nada, y me dio un medicamento, pero natural... creo que fue Fitosoya, “mañana y noche lo tomarás”, y eso es lo único no?” (Amatista).*

(...) *“Me proyectaría hacia ellas, en nuestro país, todos los hospitales deben tener un servicio de climaterio, con talleres multidisciplinarios, médicos, psicólogos, que puedan hacer más llevadera esa etapa, tengo amigas que me han comentado lo difícil de su situación. ¿Por qué privarle a la mujer del derecho a ser escuchada, atendida, a que sienta que dan solución a un problema transitorio de su vida?” (Esmeralda).*

(...) *“Esto me llevó a mi médico quien me aconsejó que me cuide” (Jade).*

(...) *“Busqué a un médico de confianza, me ayudó mucho, me aconsejó y dio un tratamiento sintomático, necesitaba cuidar mi estilo de vida, la alimentación, descansar más, buscar otras actividades fuera del trabajo, mi esposo empezó a darme ayuda, eso alivió mi carga y mi estrés” (Piedra de luna).*

(...) *“Así con el tiempo fui al doctor, me dijo que estaba atravesando el climaterio, me dio órdenes para sacarme exámenes, me saqué y verdad pues no... estaba en el climaterio” (Rubí).*

(...) *“Debería haber un lugar para atendernos, un consultorio diferenciado, estamos fallando. Es porque nuestro cuerpo a veces no da más” (Rubí).*

(...) *“La enfermera es quien atiende a la mujer en esta etapa de la vida, y mucho más que una enfermera atienda a otra enfermera que este en este periodo de la vida” (Diamante).*

Confirmando el sentido de las narrativas presentadas, Marqués et al, manifiestan el creciente interés y necesidad de las personas, acerca de contar con el apoyo de redes profesionales; ellas implican no solo un tejido relacional, sino la posibilidad de transferir recursos bajo la forma de consultas formales u otras alternativas que ofrecen la orientación suficiente para ayudar a las mujeres en la etapa del climaterio a conseguir una vida social, laboral y personal más saludable (89).

Esta disponibilidad de apoyo profesional representa un recurso creciente en el país. Es innegable la forma en que perdura en nuestra sociedad una serie de mitos y estereotipos acerca del climaterio; Scott, revela en sus escritos la manera como la misma mujer, intenta ocultar las vivencias naturales de esta etapa, no por su propia decisión sino por las creencias y actitudes sociales que asignan a esta etapa una imagen poco aceptable para la dignidad de la mujer. Sentir las molestias físicas propias del cambio hormonal y que *“el cuerpo no da más”*, no son de modo alguno motivos de sarcasmo, burla o hilaridad; la mujer al igual que el varón carecen de un código genético o social que les configure inmortales o que llegada una etapa de la vida, tengan cambios en su valor. La ayuda profesional que requieren se dirige a la totalidad de su ser, por la unicidad del ser humano, según King mencionado por Marriner (20, 74).

A partir de este tipo de estructura de relaciones, las personas pueden desarrollar diferentes pautas de comportamiento, que en el estudio realizado es irreversible en la vida de toda mujer; cuanta más ayuda profesional reciba menos riesgo de deterioro experimentará y estará en camino de construir una vida con calidad.

Para Hatzenbuehler en Polizzi y Arias, según la Teoría de las redes, una persona manifiesta o adopta determinados comportamientos, dependiendo del patrón relacional que le rodea y de ello depende su respuesta al estado de salud, estado mental y otros hábitos; no es solo cuestión de género, es preciso trascender esta perspectiva porque la salud es primero, es un derecho irrenunciable (101).

Sub categoría:

Ayudándose entre pares

Las vivencias del ser humano, adquieren matices diferentes en el tejido social que configuran desde su niñez y que se va transformando según su trayectoria y contexto sociocultural. Los amigos son fuente inagotable de compañía, aprendizaje, solidaridad, ayuda específica, confianza y disfrute, entre otros.

En la práctica no en toda sociedad, es posible contar con la disponibilidad de los amigos. Tratándose en el estudio de un grupo profesional como es el caso de las enfermeras, es de esperar la existencia de nexos de comunicación y apoyo social entre los pares; a continuación, las vivencias narradas por las entrevistadas: (99)

(...) “Lo que se ve en los trabajos es que a las personas las marginan y dicen “tal persona de tal edad, es muy especial”, entonces a mí me gustaría que me entiendan, que tengan un ambiente cálido, acogedor. También, yo conozco algunas colegas que han tenido problemas, han pasado problemas difíciles, tenían bastante labilidad emocional, lloraban por cualquier cosa, estaban muy lábiles” (Esmeralda).

(...) “Sin embargo, cuando veo otras colegas menos afortunadas que yo, empatico con ellas y me pongo en su lugar para entenderlas y ayudarlas. La sintomatología que presentan es muy agresiva, algunas piden que abran las ventanas o quieren estar sentadas cerca a la puerta, mientras que las jóvenes no las entienden porque todavía no pasan por esta etapa” (Jade).

(...) “Mi consejo sería que nos solidaricemos con ellas, que tratemos de apoyarlas, porque algo malo está pasando y no nos quieren contar, tienen miedo de que todo el mundo se entere, por eso no piden ayuda” (Rubí).

(...) “Nadie puede dar lo que no tiene, si tú no tienes salud, no puedes dar salud... tienes que cuidarte, tienes que salir. Siempre debes tener amigas que te incentiven a estudiar y avanzar. A mí, me ayudaron las amigas” (Topacio).

(...) “Por otro lado, en el caso del cuidado de la mujer, somos nosotras las enfermeras que dejamos a las otras profesionales sin cuidarlas” (Zafiro).

(...) “El hecho de pasar lo que yo he pasado, me ha hecho más sensible para entender a las demás colegas, las puedo aconsejar y pido a las demás colegas que las entiendan” (Diamante).

Las convergencias encontradas develan que está ausente la conciencia solidaria de género, en el sentido proactivo e integrador del ser mujer. Las enfermeras en esta etapa climatérica no logran contar entre sus pares con el apoyo comprensivo necesario para sobrellevar las molestias experimentadas; tratándose de un grupo de pares a quienes no es ajeno el saber acerca del climaterio y sus efectos, constituye una red especial de amigos que posee atributos para brindar apoyo profesional.

La ausencia de redes de apoyo entre pares explica el modo como se ve limitado el mantenimiento de una sana autoestima, la confianza y sentido de estar en un mismo camino; hay pocas posibilidades de lograr una visión que posibilite a las personas hacer frente a las dificultades de la vida y potenciar su capacidad de autocuidado.

Novel, agrega a modo de cuestionamiento si será por género que las enfermeras al poder ir contra otros grupos con quienes comparten el trabajo, agreden

por omisión o por hecho a los miembros de su propia profesión, como si se tratase de una forma de violencia oprimida. El apoyo de los pares es crucial; entre ellas comparten creencias, ideologías, valores y recursos; las redes de apoyo social en conjunto, constituyen un constructo multidimensional y cambiante, cuando está ausente el riesgo de experimentar soledad, desamparo e intensificación de las molestias es mayor (99)

Conforme a Carvalho, una relación de ayuda es un proceso interactivo que se da entre dos personas, ayudador y ayudado, en ese proceso por lo menos una de las partes procura promover en la otra un crecimiento, desarrollo, madurez, un mejor funcionamiento y una mayor capacidad para enfrentarse a la vida, es decir que al ayudar a otra enfermera se la ayuda a alcanzar los comportamientos compatibles con la autosuficiencia y la autodeterminación frente a los problemas y desafíos de la vida, hecho que hace valiosa la ayuda que una enfermera puede dar a otra enfermera, sobre todo si está pasando por molestias del climaterio que necesita superar (103).

Considero imprescindible reflexionar y disponernos a salir de este agujero negro de indiferencia e incompreensión; la conciencia de nuestra vulnerabilidad física y ontológica nos impulsa a romper viejos esquemas y a crecer como personas.

4. Trascender desde las experiencias y construir las bases del cuidado para el logro de una vida plena: hacia un modelo de cuidado integral de la mujer en edad de climaterio.

La enfermera como persona, atraviesa el proceso vida-salud envuelta en la trama del desarrollo pleno en la vida social y profesional del contexto en el que se inserta. La llegada de la etapa climatérica no siempre va precedida de una

conciencia plena de su presencia. El conocimiento, la experiencia ganada en su trayectoria, las redes de apoyo social, la valoración del significado sobre la autorrealización alcanzada, son algunos de los aspectos trascendentes al momento de darse cuenta de la presencia de los cambios físicos y emocionales y las nuevas necesidades de adaptación.

Sub categoría:

Las bases del cuidado para el logro de una vida plena

En frases irrepetibles y trascendentes expresadas por Collière, cuidar es promover la vida y fue la mujer, quien construyó históricamente el prototipo de cuidado, en su acepción de acciones intencionadas dirigidas a la protección de la integridad y al desarrollo de los potenciales propios del ser humano. Collière de modo similar a Orem, consideraron la necesidad de los cuidados para mantener la vida y aquéllos necesarios para restaurar la salud ante desviaciones de la salud, accidentes o los efectos de ciertos procesos de cambio vital que pueden representar estresores para la persona (71).

El logro de una vida plena representa la integración de las actividades políticas, técnicas y socioculturales para abordar no solo los cuidados básicos de toda persona, sino aspectos específicos como la violencia, la salud mental, la salud sexual y reproductiva así como las enfermedades prevalentes cuando impera el déficit estrogénico; implica en el contexto de las vivencias de la mujer en climaterio, alcanzar como resultado de mejores oportunidades de apoyo integral, el espacio familiar y social tanto en el ámbito público como en el privado, pleno de respeto, ayuda según necesidades específicas para superar los efectos de esta transición

fisiológica de su vida, sin discriminación ni obstáculos para su desarrollo personal y social (77).

El acceso a una vida plena, representa también hacer efectivas las políticas públicas que aseguren equidad en el trato y actitud proactiva que privilegie procesos educacionales y legislación que prevenga los efectos desventajosos que, en algunos casos, pudieran representar deterioro físico, emocional y social para la mujer en esta etapa de la vida. El reconocimiento del logro de una vida plena se enraíza en la igualdad de condiciones del hombre y la mujer como derecho humano básico y en su rol como líder integradora y conductora de la vida familiar junto al hombre, además de su contribución en las diferentes formas de trabajo; única vía para conseguir la calidad de vida deseada: satisfacción de las necesidades básicas y las condiciones para llevar adelante los proyectos de vida personal, social y laboral, con bienestar físico, emocional y social (5, 59).

Las vivencias expresadas por las enfermeras en el presente estudio, son producto no solo del aprendizaje propio de la etapa de formación profesional, sino que constituyen una fusión de saberes del contexto sociocultural, político, filosófico y ético, donde se desempeñan, que condiciona su respuesta ante el climaterio y en tal sentido, son áreas hacia donde se necesita direccionar el abordaje de las bases del cuidado para el logro de una vida plena y abarca:

En primer lugar, una base fundamental para el cuidado desde un pilar filosófico, exige rescatar una visión del desarrollo humano desde la equidad de género; hombre y mujer vivencian el ciclo de máximo desarrollo y superación de la innata vulnerabilidad con apoyo familiar y social; alcanzan su plenitud en la juventud y la adultez y nuevamente se evidencia el declinar de las fuerzas y vigor, sin que este

hecho fisiológico, nos reste humanidad, en el sentido de la condición intrínseca de seres dignos. Para ello es necesaria la reflexión y el aprendizaje temprano en el seno de la vida familiar y comunidad, la evidencia de tal posibilidad se muestra en:

(...) *“Sobrellevo esta etapa –sonríe- ya más experimentada, más alturada. Hum!” (Amatista).*

(...) *“Necesito adaptarme, aprender a convivir poco a poco con esta etapa de la vida” (Jade).*

En segundo lugar, las estrategias socioculturales del cuidado para promover el logro de una vida plena, incluyen el reconocimiento que, desde la perspectiva de género, la mujer es y sigue siendo productiva para la formación de los miembros de la familia, su estabilidad y sentido de logro, sin menoscabo de su propia autorrealización en los diferentes espacios sociales. El género y los cambios biológicos y emocionales que cada etapa de la vida conllevan, en ningún momento representan límites; si es el caso manifestado en los testimonios donde algunos miembros de la familia y sociedad, devalúan a la mujer una vez que cesa su actividad procreadora, se impone entre las bases para el cuidado, la propuesta de políticas sociales capaces de recrear estrategias de revaloración del rol femenino y junto a ello su inserción en el sistema de creencias, supuestos, valores y tradiciones de la cultura compartida en la sociedad. Es fundamental la promoción de bases para el cuidado donde predomine una cultura de respeto y status de la mujer con equidad, incorporando el contenido de los siguientes testimonios:

(...) *“A mis 55 años he aprendido a ser tolerante, tengo un hijo de 22 años y una niña de 13 años... trato de formarlos y educarlos lo mejor que puedo” (Perla).*

(...) *“Me he quedado sola, pero con ganas de quererme superar, y continuar estudiando” (Rubí).*

(...) *“El hecho de salir de la casa, sea a trabajar o a estudiar ayuda mucho, saqué la licenciatura, luego hice la maestría, pero me ayudaron las amigas, estudiamos computación y luego inglés, algo teníamos que estudiar porque si no, no estábamos contentas” (Zafiro).*

(...) *“Y a mí me gusta estudiar y el gusto que me da es que a mis hijos les gusta que yo siga avanzando y a mi esposo también le gusta que yo siga estudiando y él siempre está orgulloso de mí... Ese empeño de uno, es lo que se transmite a la familia” (Zafiro).*

(...) *“La preocupación del estudio me distrajo y me ayudó mucho, pues siempre estaba conversando... con mis compañeras que sentía que me entendían...Luego también hice docencia y trabajé con los alumnos, incluso hice educación física con ellos y eso sentía que me animaba bien y mucho” (Diamante).*

(...) *“Mi salud mejoró notablemente, me puse a estudiar y eso me ayudó más todavía, es cierto que hay problemas, pero he aprendido a sobrellevar las cosas, me siento una mujer realizada, pasé de todo, pero pude salir adelante” (Piedra de luna).*

En tercer lugar, respecto a las bases del cuidado para el logro de una vida plena, es urgente el diseño y la implementación de políticas públicas que equiparen las oportunidades para el desarrollo y mantenimiento del desempeño femenino, sin limitación de espacios ni restricción de las oportunidades; esto abarca la posibilidad de participar inclusive en los espacios de toma de decisiones que conciernen al gobierno de los programas preventivo promocionales de la salud y al desarrollo de toda iniciativa capaz de fortalecer los incipientes esfuerzos en la construcción o reconocimiento de las rutas solidarias para el afrontamiento de los procesos vitales

que comprometen en diferente medida el bienestar de la mujer y pueden requerir apoyo social y profesional determinado, tal como lo expresa:

(...) “Todas las mujeres del país necesitan ser escuchadas, necesitan ser orientadas, necesitan tener un pase de una etapa que va a ser intermedia entre la etapa final porque muchas veces las mujeres no saben afrontar esa etapa. Producto de una mala atención en esa etapa es que vienen los problemas por ejemplo cardiovasculares, vienen los problemas reumáticos, vienen el dolor de huesos, climaterio es un derecho de toda mujer” (Amatista).

(...) “Cuando percibo que alguna de ellas está pasando por eso, la entiendo y siento eso que yo pasé y le digo “tranquila nomás”, ya te va pasar, son “cosas de la edad” (Perla).

Narrativa clave al revelar la reflexión que el ser humano realiza como expresión de su capacidad crítica, creadora y solidaria. El ser humano en cuanto ser ahí en el mundo junto a otros en los existencialistas de Heidegger, se dispone en su sentido solidario a ofrecer calma y sosiego a sus pares. Quien cuida es capaz de percibir las necesidades de autoestima y ofrecer los cuidados para la calma y sosiego, que describen con precisión, Novel, Benavent, Ferrer y Francisco del Rey (99, 104, 105, 106), esto es la solidaridad en el cuidado de la mujer en climaterio, que, siendo proceso fisiológico, puede llegar a comprometer seriamente el bienestar y, por tanto, necesita lineamientos de política que permitan llegar a una importante población beneficiaria. La Consejería mediante un conjunto de intervenciones de información, orientación y apoyo, permitirán a la mujer en edad de climaterio, discernir su rol ante diferentes situaciones dadas y enfrentar el futuro; es una forma de facilitar el proceso de cambio y acompañar a las personas para la toma de decisiones constructiva (29, 35, 51).

En cuarto lugar, en las bases para el cuidado para el logro de una vida plena, es menester la inclusión del principio ético universal de la beneficencia: procurar el mayor bien para la mujer en climaterio; propósito que conlleva la aceptación que sin sólidas bases filosóficas, políticas, socioculturales y éticas, la medicalización puede convertirse en una opción indiscriminada y potencialmente lesiva, si las mujeres no forman parte de programas de salud con garantía de calidad, donde mínimamente se descarte la ausencia de problemas a nivel de las mamas u otros focos de riesgo oncológico y cardiovascular, antes de ser sujeto de tratamiento hormonal.

En la misma línea, la perspectiva ética contempla la integración de distintas esferas a atender. Los efectos de los cambios biológicos a nivel hormonal comprometen al ser humano en su totalidad, por lo tanto, las bases para el cuidado requieren el involucramiento de iniciativas de apoyo emocional, social y espiritual, para cumplir su cometido. Algunos testimonios dan cuenta de avances en este campo:

(...) “El riesgo de tener enfermedades oncológicas que de pronto se hacen evidentes, me hace a tomar conciencia, de hacerme los chequeos, ginecológicos, de mamas y otros” (Amatista).

(...) “Recomendaría primero, chequeos anuales. Yo hago mis chequeos anuales como rutina, porque tengo familiares que en algún momento han tenido cáncer, recomendaría a las colegas, que tengan una rutina de vida, porque en esta etapa del climaterio el cáncer de mama tiene una incidencia bien alta” (Esmeralda).

Subcategoría:

El modelo para el cuidado de la mujer en edad de climaterio, es un conjunto de acciones que pretenden promover y facilitar el cuidado eficaz, oportuno

e integral de la mujer, considerada en su integridad física y mental, como un ser social en constante adaptación a su entorno físico y socio cultural (9, 55). Comprende según los testimonios, varios pilares: el cuidado dietético, la actividad física, el soporte emocional y diferentes aspectos ligados a los estilos de vida de los seres humanos; en tal sentido, son reveladores los siguientes testimonios:

(...) “Me cuido y cuido a mis hijos, consumimos mucha verdura, fruta, en mi casa no se toma gaseosa, la mejor forma de enseñar es con el ejemplo, si uno quiere enseñar sobre estilo de vida tiene que practicarlo” (Topacio).

(...) “El aspecto del cuidado personal y de la belleza, se compensa en mí, no soy de maquillarme, de ser muy obsesiva en la apariencia, hace que me compense en mis atenciones personales. Siento que tengo otras fortalezas de las cuales me hace sentir bella, buena, y útil. Es una responsabilidad el hecho de que me haga mis controles: mamografía, controles ecográficos, ginecológicos” (Coral).

Una de las finalidades de la promoción de las bases para el cuidado y el logro de una vida plena, es mantener al máximo el propio bienestar para consagrarse a los proyectos de vida y contribuir al desarrollo de otros; la perspectiva dada por la presencia del climaterio en el contexto de vida de la enfermera, se inclina por la prioridad asignada a la identificación temprana de signos compatibles con problemas de salud de naturaleza oncológica, que representan riesgos elevados por el factor hormonal. Según Novel, Lluch y Miguel, consisten en respuestas guiadas por el conocimiento que ofrecen las experiencias previas (99).

La siguiente narrativa devela una de las mayores preocupaciones e incongruencias durante el climaterio para las enfermeras: recomendar la actividad física y la alimentación saludable y luego no cumplirlas:

(...) “Hacer un espacio para hacer ejercicio, deporte, alimentación sana. A veces no almorzamos bien porque estamos en la calle, comemos sándwich y entonces viene el sobre peso, primo hermano de las enfermedades cardiovasculares y degenerativas. Entonces recomendaría cuidarse y darse un tiempo para sí, porque las enfermeras nos damos muy poco tiempo para nosotras, cuidamos mucho pero no nos cuidamos a nosotras mismas” (Esmeralda).

(...) “Fue difícil mantener el peso, hacer la caminata, no tomar gaseosa. Pero toda la vida hice gimnasia y el baile, porque tenía el ejemplo de mi mamá, así es la gimnasia, el baile, la caminata y no usar mucho el auto, todo lo hacíamos caminando” (Zafiro).

(...) “Somos regias para dar todas las pautas, pero nosotras mismas no las cumplimos, la osteoporosis sería mi principal motivo para educar a otras enfermeras, porque seguí al pie de la letra todo lo de la alimentación como el consumir leche, huevos, queso. Esto es básico para evitar la osteoporosis, así como también la caminata, la alimentación” (Zafiro).

La enfermera que pone en práctica el cuidado de sí misma, tiene conocimiento de las propias necesidades, de sus carencias y habilidades; realiza esta conducta porque se estima a sí misma. Evidencia una filosofía optimista de sí misma, que es digno de emular por parte de toda mujer; revela además dominio en estrategias múltiples que le aseguran la conservación de su salud y excelente calidad de vida. El climaterio en esta postura corresponde a una etapa fisiológica que supera la visión negativista del estereotipo socio cultural, por el cual muchas mujeres perciben que ya no cumplen un rol protagónico porque su feminidad se ha desdibujado y han dejado de ser mujeres (16).

El modelo de cuidado que emerge de las narrativas, incluye también el descanso según se revela en:

(...) “Las enfermeras deben empezar a valorarse como personas, tener presente que no son máquinas de trabajo y que no son máquinas que solucionan los problemas del hogar, que ambos tienen los mismos derechos, no porque uno es mujer vale menos, pero el otro compensa con la estadía, la permanencia, con el cuidado de los hijos, gracias a Dios no he tenido ese desbalance” (Topacio).

Las vivencias descritas por las enfermeras son reveladoras de la magnitud de manifestaciones físicas y emocionales que experimentan llegada esta etapa de la vida. La trascendencia de los estereotipos persistentes en la sociedad conlleva que, como mujeres, aún con el conocimiento propio de la profesión, sientan mermada su autoestima y la carencia de un espacio que aborde de manera integral el apoyo necesario. Las narrativas develan lo expresado:

(...) “Entender a la colega que está pasando por este momento de la vida, pues muchas veces la pobre tiene que estar con todo el malestar y así tiene que trabajar, atender el hogar, estudiar y encima no ser atendida ni entendida por el momento duro que está pasando, al contrario, se le exige más y se la “critica” (Coral).

No cumplir con los comportamientos por ellas señalados, manifiesta el escaso valor que se concede a esta etapa de la vida y sus significados y a la mujer que, en su diversidad, experimenta dificultades que restan calidad de vida durante lapsos considerables. Griffin, expresa que más allá de las diferencias sexuales, la equidad de género se ha de construir en base a valores porque dejar de procrear no es sinónimo de haber dejado de ser mujer y ciudadana. El rol de la enfermera como cuidadora solidaria e incondicional de sus pares se devela en los textos siguientes (107):

(...) “Cuando lo ideal es que como enfermeras atendamos a nuestras colegas, las comprendamos, les demos cariño y comprensión para ayudarlas a pasar estos momentos oscuros de su vida. Muchas veces una enfermera

necesita la ayuda de otra enfermera para salir adelante ¿Por qué negárselo?” (Esmeralda).

(...) “Mi consejo es que aprendan a adaptarse y a cuidar su salud, que antes de nada somos mujeres, y por lo tanto debemos comprender a las colegas que afrontan este periodo con dificultad. Que se solidaricen con ellas y las apoyen” (Piedra de luna).

(...) “Ahora cuando ves a una mujer, que pasa por esto es mucho más comprensible, uno se pone del lado de la mujer” (Perla).

(...) “A las colegas que viven en este periodo tenemos que apoyarlas... porque los demás no pueden saber qué es lo que nos está pasando, después de todo es una mujer que necesita la comprensión de otra mujer” (Rubí).

(...) “Las enfermeras debemos apoyarnos unas a las otras, porque que más que una enfermera para entender a otra enfermera, pero muchas veces no es así. Debemos ante todo entender que, en nuestra condición de mujer, que más para entender a otra mujer, sobre todo si es una enfermera” (Zafiro).

(...) “No hay nada mejor que una enfermera atiende a una mujer en esta etapa de su vida, porque le dará una atención holística, comprenderá sus sentimientos y sus necesidades, pero más aún es que una enfermera atiende a otra enfermera porque la entenderá, y le ayudará a pasar este momento desagradable en la vida de una mujer” (Diamante).

La convergencia de unidades de significado respecto al sentido solidario para comprender a la mujer en esta etapa y traducir esta visión en acciones concretas, es todo un reto. La condición femenina no puede constituir un obstáculo pues de ser así volvería con fuerza el estado de desigualdad y las inequidades que esto conlleva.

El cuidado como responsabilidad social a predominio femenino, le compete a la enfermera respecto a sus pares, más no como obligación sino expresión del profundo sentido solidario que representa compartir la misma finalidad y pertenecer a la misma disciplina (71).

El análisis crítico de los textos, permite extraer que las enfermeras comparten los estereotipos de otras sociedades e históricamente todavía no se ha liberado de la perspectiva reduccionista de género, es urgente la socialización de esta realidad para fortalecer los nacientes esfuerzos para tomar la vida en nuestras manos y construir los espacios de libertad, salud y calidad de vida (108).

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES

En las consideraciones finales los discursos revelan que la etapa del climaterio es vivida de forma distinta por cada mujer, el significado otorgado a las vivencias, depende de un perfil particular, de una historia de vida, de creencias y costumbres predominantes, del contexto social, así como de sus expectativas personales.

El estudio evidencia en primer lugar de modo ineludible, *las vivencias del climaterio con sus manifestaciones incómodas y de alteración del bienestar físico y emocional*, entre las cuales la sensación intensa y súbita de calor se hace mortificante, junto a sensación de cansancio inexplicable, cambios en el sentido de humor, desazón y aún irritabilidad o tristeza que compromete las interacciones familiares y laborales. Ante respuestas intolerables algunas mujeres optan por la medicalización para sobrellevar los efectos de la deprivación hormonal estrogénica.

Las respuestas de la mujer en climaterio son heterogéneas, no obstante, algunas de ellas experimentan los efectos del trastorno fisiológico con intensidad inusitada. Se revela ausencia de sensibilización y preparación previa evidente en actitudes reactivas, nada anticipatorias ni en el plano individual y menos en el plano socio familiar. Esta realidad se traduce en vivencias limitantes en la vida de pareja, prima la escasa comprensión y aceptación de la situación vivida por la mujer, llegando a resultados desfavorables que culminan desfavorablemente en separación y pérdida de comprensivo y solidario que fundamenta la relación de pareja.

Llama la atención que en pleno siglo XXI persistan los sentimientos de vergüenza por los cambios en el patrón del ciclo menstrual y sus efectos no solo en sensaciones térmicas sino en el excesivo e injustificado cansancio que experimenta la mujer. Scott luchó de manera contundente por la igualdad femenina, de manera que es posible afirmar que la propia mujer todavía no ha aceptado esta condición, influenciada de alguna manera, por los rasgos y estereotipos socioculturales.

Cuando la sintomatología propia de esta etapa de la vida es intensa, la mujer orientada por miembros de su entorno, no duda en solicitar ayuda profesional; las vivencias de algunas mujeres expresan pérdida de la capacidad de control de las molestias físicas y emocionales, que en sus testimonios sobrepasan los límites de la tolerancia humana. El climaterio vivenciado por la mujer enfermera no difiere de la experiencia común a toda fémina, no obstante, la particularidad de pertenecer a un equipo profesional donde la esencia es el cuidado, permite reflexionar acerca de la oportunidad que representa el estudio para la comprensión de sí misma y de sus pares. No obstante, la expectativa de la mujer climatérica se ve frustrada por cuanto la edad, condición socio laboral y actitud de los pares no privilegia interés por los sentimientos de sus compañeras, quienes parecieran pensar que el climaterio nunca les llegará.

En segundo lugar, respecto a las *vivencias del climaterio en la vida conyugal*, con sentimientos de inferioridad sexual, separación e incompreensión con la pareja, la parte más difícil la percibe la mujer, quien se sumerge en la soledad y sensación de abandono ligada a la visión de disminución de su valor intrínseco, motivado por el cese de la vida reproductiva y la pérdida de la belleza natural; supuestos que revelan persistencia de algunos estereotipos difíciles de modificar y existentes en el seno de

la vida sociocultural. Aun presentando la mujer cambios molestos y desagradables en la salud y bienestar desde el inicio del climaterio, se expresan vigentes sus derechos a la vida, al respeto, a su salud, a la igualdad en el acceso a las mejores condiciones de vida y trato igualitario por parte de los miembros de la sociedad. En el aspecto de vida conyugal, la fragilidad física y emocional asociada al déficit hormonal, representa aún un obstáculo para algunas mujeres, respecto a su derecho a recibir un trato respetuoso,

El impacto del climaterio para la mujer se devela en profundos cambios en las interacciones con la pareja, a quien se siente haber amado y experimenta tristeza al constatar que frente a los cambios y efectos del déficit estrogénico, el ser querido deja el hogar ahondando el sentimiento de soledad. La interacción con la familia, no obstante, se torna en una relación de ayuda eficaz, experimentando el ser parte de un núcleo de vida que está cerca aún en los momentos más difíciles; sin embargo, en la interacción social con las compañeras de trabajo, ésta se manifiesta en términos de poca comprensión, intolerancia y aún burla, que motivan sentimientos de extrañeza y decepción frente a las expectativas de quienes vivencian esta etapa.

En tercer lugar, las redes sociales de apoyo para un climaterio saludable, dentro de su esfera más cercana, considera el apoyo que brinda la familia, con manifestaciones variadas, contributorios y limitantes en algunos casos. En la esfera familiar, es frecuente el apoyo espontáneo, esmerado y constante de la familia; también se develan situaciones gratificantes donde la mujer es comprendida y apoyada por el cónyuge y otros miembros de la familia, siendo entendible que existe entre los miembros de la sociedad en que viven las enfermeras, algunos elementos con potencial para sobrellevar favorablemente los avatares de la vida femenina. La

interacción con el equipo de trabajo en la mujer climatérica se evidencia poco comprensiva, carente de reciprocidad y de sentido solidario.

Siendo inherente la necesidad del apoyo social propio del ser humano que vivencia transiciones importantes en su vida, el primer pilar de ayuda se expresa de modo heterogéneo por parte de la familia: unos ayudan de manera espontánea y con marcado interés por la salud e integridad de la mujer, mientras que otras familias se mantienen algo distantes o muestran poca preocupación para brindar una ayuda real a sus miembros.

Siendo el climaterio un proceso natural en la misma medida que otras etapas del ciclo vital humano, la mujer enfermera desde la perspectiva de género, es consciente del valor de su existencia y de la contribución específica que realiza siendo cuidadora; la vulnerabilidad real de ser afectada con mayor intensidad durante el climaterio no se prolonga de manera indefinida en el tiempo; ella intenta trascender ante las dificultades y alteraciones en su bienestar e interacciones, creando un entorno diferente a partir de acciones concretas que no solo incluyen la medicalización, sino mediante acciones de autocuidado que para algunos, puede ser un asunto trivial, para ella se convierten en alternativa de bienestar y recuperación de la estima perdida, además de abrir camino para dar salida a una crisis que presenta un inicio, una cumbre y un espacio de aceptación y superación de las dolencias y trastornos experimentados.

Las vivencias descritas hasta ahora, llevan a las enfermeras a establecer de manera implícita una especie de balance entre la sintomatología del inicio y desarrollo del climaterio y la serenidad de la etapa adaptativa del climaterio, que la expresan en su deseo de trascender las molestias y limitantes, las experiencias de

pérdida, dolor y frustración en algunos casos para concentrarse en la generación de nuevos propósitos donde identifican con mayor claridad su derecho a vivir en igualdad de condiciones, superando los cambios y efectos inevitables de una etapa que corresponde a procesos fisiológicos que sin embargo no están exentos de dificultades. La mujer como cuidadora nata y gestora de la vida merece lo mejor del cuidado por parte de la sociedad en la que vive, por sus pares y desde luego del cuidado de sí misma, es su forma de promover su propia vida para continuar dando vida.

Las entrevistadas manifestaron que no pueden expresar de manera clara, oportuna e integral sus inquietudes, debido a que no existe todavía una ayuda comprensiva institucionalizada para este tipo de problema; cuesta aceptar que existan personas que sufran con mayor intensidad las molestias propias de esta etapa y sumado a esto todavía subsisten las creencias, mitos y prejuicios que impiden un trato abierto y franco del problema. En tal sentido, las sugerencias y expectativas mencionadas por las entrevistadas en este estudio fueron incluir en los servicios de ginecología, espacios diferenciados con atención integradora del impacto de esta etapa vital, que brinde cuidado integral a la mujer en esta etapa y que le permitan mejorar las condiciones de vida.

Acorde a las vivencias del climaterio con su sintomatología, la vida en pareja y el apoyo socio familiar, se impone la creación e implementación de bases para el cuidado de la mujer en edad de climaterio como instrumento para el logro de una vida plena, entendida como aquella capaz de permitir la autorrealización con calidad de vida en condiciones de equidad.

Las bases del cuidado comprenden el diseño de una visión integradora de las etapas del ciclo vital de la mujer, con sus peculiaridades y necesidad de respeto y abordaje a las manifestaciones de intensidad que comprometan la salud de algunas mujeres y un sentido de prevención universal que asegure modificaciones preventivas y promocionales del bienestar.

Otra base fundamental está dada por los aspectos ligados al diseño de políticas públicas y sociales que incorpore el desarrollo de estrategias de sensibilización desde las más tempranas edades, en el campo de la educación en género, donde hombre y mujer, tengan la oportunidad de clarificar principios de la vida en común, oportunidades de desarrollo y respeto incondicional en condiciones de equidad.

Las bases éticas del cuidado de la mujer en climaterio comprenden tanto la integración de la totalidad de las dimensiones física, psicosocial y espiritual de la mujer, quien por efecto hormonal no puede ser medicalizada para disminuir los efectos desfavorables del climaterio, sin un estudio previo de potenciales complicaciones cardiovasculares y oncológicas, entre otros.

Las bases para el cuidado requieren de un *Modelo de cuidado* donde se desarrollen estrategias de acción dirigidas a la esfera biológica, en términos de promoción de la alimentación saludable y actividad física; involucramiento de especialistas en el campo del apoyo emocional, comunicación asertiva y autoestima, así como la integración de estos elementos en las instancias representativas de la vida comunal: municipalidades, colegios, universidades, entre otros; como ruta para efectivizar políticas en favor del cuidado de la mujer.

Se ha buscado con esta investigación, conocer la existencia de algunos mitos y la consiguiente desmitificación de este periodo de la vida de las mujeres adultas y adultas mayores, de modo que se realice en un contexto más saludable, realista y gratificante para ellas. Por lo tanto, que les parece si le damos la “bienvenida” al climaterio y a la menopausia en nuestras vidas.

Se concluye que muchas enfermeras luchan por vivir el climaterio de una forma más constructiva y vital, basada en el autocuidado, autoestima elevada y respeto de los derechos de la mujer desde la perspectiva de género. La solidaridad, el afecto y el respeto fortalecen a la mujer en este periodo natural de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. Edit. F. A. Davis. Philadelphia, 1971.
2. Ramos Morcillo AJ. Sintiendo el ser humano [en línea]. [Joyce Travelbee. Interpersonal aspects of nursing. Edit. F. A. Davis. Philadelphia, 1.971. 242 págs.]. *Index Enferm (Gran)*. 2,005; XIV (51):80. URL disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/7981.php>
3. Papalia Diane E., Sterns Harvey L., Feldman Ruth D., Camp Cameron J. Desarrollo del adulto y vejez. 3ª ed. México: Mc Graw Hill. Interamericana; 2009.
4. Piñero J., Bayarre H., Despaigne D. “El climaterio y la menopausia como expresión del envejecimiento femenino.” *Geroinfo: Publicación de Gerontología y Geriatría Escuela Nacional de Salud Pública Cuba*. [en línea]. 2007. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2014]; 39(2): URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/menopausia_y_envejecimiento.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional de datos básicos de salud (EUA) [base de datos en Internet]. Washington: Organización Panamericana de La Salud. I. 2005 [fecha de acceso 20 de agosto de 2013]. Disponible en URL: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>
6. INEI. Población: Magnitud y Crecimiento Poblacional”. Perú 2015. [En línea]. [Citada el 16 dic 2015]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
7. Montes de OV. El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. Papeles de Población, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población. [en línea], 2008. [Fecha de acceso 21 de octubre de 2013], Nueva época Año 9, No. 35, enero-marzo, 2008, págs. 77-100. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203505>

8. Rojas J., Gustavo F., Olavide P., Pacora P. Atención del climaterio y menopausia en la mujer peruana. LILACS [en línea]. 2013. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2014]; N° 713278. URL disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=713278&indexSearch=ID>
9. Prior P, Pina R. El logro de la madurez femenina: la experiencia del climaterio en un grupo de mujeres. Enfermería Global [Revista en línea]. 2011 Jul [citado el 11 de mayo de 2015]; Vol. 10 N° 23: 330-345. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000300022&script=sci_arttext
10. Esteban M. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. Salud colectiva [Internet]. 2006 Abr [citado 2016 Mar 09]; 2(1): 9-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002&lng=es.
11. García T. Cómo viven su sexualidad las mujeres de mediana edad, un enfoque desde la vida cotidiana. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2009. Jun [citado 2016 Mar 09]; 35(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000200007&lng=es. ...
12. Riguete de Souza S, Faria Simoes S., Silveira Fazoli K., Halász Coutinho F., Antunes Cortez E. El vivir de las mujeres en el climaterio: revisión sistemática de la literatura. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2012 Ene [citado 2015 Mar 12]; 11(25): 440-450. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100025&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100025>.
13. Diccionario Académico de Medicina. [en línea]. 2001:249 [fecha de acceso: 13 de julio de 2015]; URL disponible en: <http://www.idiomamedico.org/diccionario.php>

14. González Leno D., González Leno J., Guerrero Lozano M. Estereotipo psico-socio-cultural de la menopausia en mujeres rurales. *Enfermería Global*, 2007, [citado 2015 Mar 10]; 5(2). Disponible en: <file:///C:/Users/Maritere/Desktop/Estereotipo%20y%20menopausia.pdf>
15. Gómez Martínez A., Mateos Ramos A., Lorenzo Díaz M., Simón Hernández M., García Núñez Ll., Cutanda Carrión B. Representaciones socio-culturales sobre la menopausia: Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2016 Mar 10]; 17(3): 159-163. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300002&lng=es.
16. Araya Gutiérrez A., Urrutia Soto M., Cabieses Valdés B. Climaterio Y Postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2006 Jun [citado 2015 Mar 10]; 12(1): 19-27. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000100003>.
17. Gonçalves, Roselane. Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenología [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2005 [acceso 2015-03-20]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-23102005-191531/>.
18. Silveira, I. L. et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, [online]. 2007, vol.29, n.8, pp. 415-422. ISSN 1806-9339. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000800006&script=sci_abstract&lng=pt
19. Helman, Cecil, G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2009. LILACS [en línea]. 2009. [10 de noviembre de 2014]; N° 591615. URL disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=591615&indexSearch=ID>

20. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 6ta. Ed. España, Elsevier, 2007.
21. Fernandes A. Psicología de la salud. [en línea]. Brasil, Editora EDUEPB/ISBN; 2011. [fecha de acceso 20 de octubre de 2014], URL disponible en: <https://books.google.es/books?id=DR61BAAAQBAJ&pg=PA333&dq=An%C3%A1lisis+de+los+modelos+culturales+de+la+menopausia.&hl=es&sa=X#v=onepage&q=An%C3%A1lisis%20de%20los%20modelos%20culturales%20de%20la%20menopausia.&f=false>
22. Resse L B, Bisognin P, Alves C N, Scarton J, Prates L A, Wilhelm L A, El climaterio en la perspectiva de las mujeres. Enfermería Global 2015;14:155-167. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=365841436008>. Fecha de consulta: 28 de enero de 2016.
23. Pineda E, De Alvarado E. Metodología de la investigación. 3ra. Edición. OPS, 2008.
24. Hernández S.. Metodología de la investigación. 5ta. Edición. México, 2010.
25. Leyva M. El climaterio y los inmigrantes ecuatorianos: una experiencia natural en manos de otros. Index Enferm [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Mar 30]; 22(4): 204-208. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300003>.
26. Parrado L. Significados de la menopausia en un grupo de mujeres de la localidad cuarta San Cristóbal Bogotá. [base de datos en línea], Colombia, Revista de la Universidad de Colombia, 2009. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2014] URL disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8506/>
27. Araujo Alves I., As representações sociais da sexualidade/vida sexual da mulher no climatério: subsídios para o cuidado de enfermagem. LILACS. 2009, [citado el 22 de mayo de 2015]; 601 752: p. 188. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_14.pdf

28. García Tirada MA. Cómo viven su sexualidad las mujeres de mediana edad, un enfoque desde la vida cotidiana. Rev. Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2009 Jun [citado 2015 mayo 23]; 35(2): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v35n2/gin07209.pdf>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000200007&lng=es.
29. Dos Santos Zanotelli, S., Ressel, L. B., Borges, Z. N. et al. Vivências de mulheres acerca do climatério em uma unidade de saúde da família. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [en línea]. (2012). [citado el 22 de mayo de 2015]; ISSN 2175-5361 4(1), 2800-2811. Disponible en: [file:///C:/Users/Maritere/Downloads/1632-9564-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Maritere/Downloads/1632-9564-1-PB%20(1).pdf)<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1632>
30. Romero Lope E. El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres. [base de datos en línea], México: Iztapalapa, Revista Mexicana de Ciencias sociales y humanidades. 2010. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2014] ISSN: 0185-4259 NÚM. 68 AÑO 31 PP. 39-55 URL disponible en: <http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/iztapalapa/viewarticle.php?id=1612><http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/iztapalapa/include/getdoc.php?id=1572&article=1612&mode=pdf>
31. Morales Lesmes C. Creencias y vivencias de mujeres adultas sobre la menstruación en el municipio de Cota. INTELLECTUM: Repositorio Institucional para la producción intelectual, científica, cultural e histórica, [en línea], 2012. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2014], N° 1476, URL disponible en: http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1476/Clara_In_s_Morales_Lesmes.pdf?sequence=1
32. Següel P, Valenzuela S, Sanhueza A. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. Cienc. enferm. [Internet]. 2015 Ago. [citado 2016 Enero 14] ; 21(2): 11-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

95532015000200002&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200002>.

33. Carmona Recuenco V. Estudio cualitativo del proceso de adaptación en las mujeres hysterectomizadas según la teoría de Callista Roy. [Tesis doctoral]. Chiclayo, Perú. Repositorio de Tesis – USAT, Universidad Católica Santo Toribio Mogrovejo; 2012. [Fecha de acceso: 12 de noviembre de 2013]; URL disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/83/1/TM_Carmona_Recuenco_Virginia.pdf
34. Hernández García Y, Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas* 13(1) 2006 0. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101309>. Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2015.
35. Mora Luis. Igualdad y equidad de género: aproximación teórico conceptual: Ginebra-Suiza; [online]. 2006, [citado 2015-03-10], Vol. 1. Disponible en: <http://www.entremundos.org/databases/Herramientas%20de%20trabajo%20en%20genero%20UNFPA.pdf>
36. Lara S. Las metas del milenio y la igualdad de género. El caso de Colombia. Santiago de Chile. Cepal; [online]. 2006, [citado 2015-03-09], pp. 0-0. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5801/S0600672_es.pdf;jsessionid=92EADBFF8D1C024FA539AE9F62357897?sequence=1
37. OMS. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. [online]. 2005, [citado 2015-03-12], pp. 0-0. Disponible en: http://www.oei.es/genero/documentos/internacionales/ODM_AL.pdf
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: evolución de los indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio al 2012. 2014, [citado 2015-03-12], pp. 0-0. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1147/Libro.pdf
39. MINSA. Salud sexual y reproductiva. 2014, [citado 28 de marzo 2015], pp. 0-0. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=10

40. Lugones B, Marieta R. “Lo social y lo cultural: Su importancia en la mujer de edad mediana.” *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología* [en línea]. (2008). [citado el 22 de mayo de 2015]; 34(1), Ene-abr. 2008. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000100004
41. Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables. “Cuadernos sobre poblaciones vulnerables, 2014”. N° 15, Año II, 2014. Recuperado el 22 de octubre del 2015, de: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_15-dvmpv.pdf
42. Real Academia Española, [en línea]. 2014. [fecha de acceso: 13 de julio de 2015]; URL disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=climaterio>
43. OMS. Investigaciones sobre la menopausia. Serie de Informes técnicos N° 670. Ginebra: OMS, [en línea]. 1981. [fecha de acceso: 13 de julio de 2015]; URL disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_670_spa.pdf
44. Brasileira das Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Climatério - FEBRASGO. Manual de orientação. São Paulo (SP); [en línea]. 2010. [fecha de acceso: 13 de julio de 2015]; URL disponible en: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Manual-Climat%C3%A9rio-Febrasgo/57237078.html>
45. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Climatério y Menopausia. [en línea]. 2015. [fecha de acceso: 23 de julio, 2015]; URL disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/index.php/la-sociedad/especialidades>
46. Bajo A. Fundamentos de ginecología. [en línea]. 2009. [fecha de acceso: 23 de julio, 2015]; Pág. 560. URL disponible en: <https://books.google.es/books?id=lqqaTcTQRLEC&pg=PA39&dq=climaterio&hl=es&sa=X&ei=TNCiVYQmh7WCBKmxkrJ&ved=0CEEQ6wEwBzgK#v=onepage&q=climaterio&f=false>
47. Pacheco R. *Obstetricia y Reproducción*; Perú: Editorial Revistas Especializadas Peruanas SAC. 2007.

48. Argote L., Mejía M., Vásquez M. y Villaquirán M. Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. Aquichán. [en línea]. 2008. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2013]; 8(1): 33-49; URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n1/v8n1a04.pdf>
49. Yabur Juan A. La menopausia puesta al día. Revisiones, Gaceta Médica. [en línea]. 2006. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2013]; 114(1): 1-12. URL disponible en: [http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2006/Gaceta-medica/Enero-marzo/01.%20Yabur%20J%20\(1-12\).pdf](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2006/Gaceta-medica/Enero-marzo/01.%20Yabur%20J%20(1-12).pdf)
50. Dulanto R., Leey J., Díaz M., Villena A. y Seclén Segundo. Estereotipo psico- socio-cultural de la menopausia en mujeres peruanas: estudio piloto en San Juan de Lurigancho – Lima. Acta medica peruana. [en línea]. 2002. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2013]; 19(4): 5 – 11. URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/acta_medica/2002_n4/estereotipo.htm
51. Rondón M, Aspectos sociales y emocionales del climaterio: evaluación y manejo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008;54(2): 99 – 107. [en línea]. 2008. [fecha de acceso: 03 de marzo de 2015]; 54(2): 99 – 107. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428188007>.
52. Villena Pacheco A. Factores asociados a la edad de menopausia y estudios sobre la menopausia en el Perú. DIAGNOSTICO. [en línea]. 2000. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2013]; 39(2): URL disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2001/marabr01/65-69.html>
53. Pacheco R. Estrés oxidativo en el climaterio y menopausia y cáncer ginecológico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [en línea]. 2015. [fecha de acceso: 12 de noviembre de 2015]; [S.l.], v. 56, n. 2, p. 108-119, abril. 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/239>.
54. Monroy-Rojas A, et al. Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. Enfermería Universitaria. 2015. [en línea]. 2015. [fecha

- de acceso: 10 de enero de 2016]; 39(2): URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.10>
55. Berni N. I., Hecker L. M., Kohlrausch S. C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. *Rev. bras. enferm.* [en línea]. 2007 June [cited 2015 Aug 23]; 60(3): 299-306. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300010>.
 56. Mendonça EAP. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciência Saúde Coletiva.* [en línea]. 2004; 9(1):155-66. [fecha de acceso: 25 de julio, 2015]; URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300026&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300026>.
 57. Victoria G. V., Mestre P. S. Climaterio y bienestar psicológico. *Revista Cubana Obstet. Ginecol.* [en línea]. 2003. [fecha de acceso: 13 de julio de 2015]; 29 (3) URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin10303.htm
 58. Mongrut A. *Tratado de obstetricia normal y patológica.* Lima-Perú, 4ª ed., 2000
 59. Asili Nélica. *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario.* [en línea]. México: Pax México, 2004. [fecha de acceso: 10 de noviembre de 2013], URL disponible en: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=v6HDqgUoE6gC&oi=fnd&pg=PA131&dq=la+OMS+y+el+%22climaterio%22&ots=C_FY8UCejG&sig=uXfirhX_ZzxP8jnJKHDBXUt6gRY#v=onepage&q=la%20OMS%20y%20el%20%22climaterio%22&f=false
 60. Unsandizaga J. *Tratado de obstetricia y ginecología.* Vol 2. España: Mc Graw Hill. Interamericana; 2014.
 61. Rojas J. J. Atención del climaterio y menopausia en la mujer peruana. [en línea]. 2013. [fecha de acceso: 20 de junio, 2015]; *Rev. Diagnostico* Vol.

- 52(2). URL disponible en:
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v52n2/a4.pdf>
62. Rondón, Marta B. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento declaración de Perú. [en línea]. 2013. [fecha de acceso: 20 de junio, 2015]; Rev. Diagnostico Vol. 52(2). URL disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/13611/declaracion_peru.pdf
63. Salvador, Jorge. Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2015; [Consultado el 10 de dic. 2015], 54(2) 71-78, Disponible en: <<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1092>>.
64. González L. I., Miyar P. E. Respuesta sexual en la mujer climatérica. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001; [revista en la Internet]. Ago. [citado 2015 Mar 15]; 17(4): 390-394. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400013&lng=es.
65. Moya D, Sheida Y. B. Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. Revista CES Salud Pública. [en línea]. 2014, 5(1): 70-76. URL disponible en: [file:///C:/Users/Maritere/Downloads/Dialnet-ClimaterioYFuncionSexual-4804768%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Maritere/Downloads/Dialnet-ClimaterioYFuncionSexual-4804768%20(7).pdf)
66. Branden, Nathaniel. Cómo mejorar su autoestima. Círculo de Lectores. [en línea]. 1989 [fecha de acceso 13 de noviembre de 2014]; N° 613664, URL disponible en: <http://clnicasaludartecr.com/pdf/libros/nb-comomejorautoestima.pdf>
67. Couto D y Nàpoles D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio ty la menopausia. disponible en[http://bus.sld.cu/revistas/san/SAN%2018\(10\)](http://bus.sld.cu/revistas/san/SAN%2018(10)).
68. Kolodny y Masio J. Tratado de medicina Sexual. La Habana: Ed Científico Tècnica.1985:77-83. Yanes N y Naranjo I.
69. Yanes C. M., Chio N. I. Intensidad del síndrome climatérico y su relación con algunos factores socioambientales. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2015 Mar 15]; 25(4): 30-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400004&lng=es.

70. Monterrosa-Castro Á, Carriazo-Julio S M, Ulloque-Caamaño L, Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el Caribe colombiano. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2012;63:36-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195224186005>. Fecha de consulta: 14 de marzo de 2015.
71. Colliére M. *Promover la Vida*. España: Mc Graw Hill. Interamericana; 1993.
72. Canaval E, Gladys Eugenia; Jaramillo B, Cruz Deisy; Rosero S, Doris Haydee y Valencia C, Mario Germán. La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Aquichán* [online]. 2007, vol.7, n.1, pp. 8-24. ISSN 1657-5997. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n1/v7n1a02.pdf>
73. Scott Joan. El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Herramienta, debate y crítica Marxista*. [online]. 2009. [citado 2015-20-08], pp. 0-0. Disponible en: <http://www.herramienta.com.ar/cuerpos-y-sexualidades/el-genero-una-categoria-util-para-el-analisis-historico>
74. Castañeda A. I. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2007 Jun [citado 2016 Enero20]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es.
75. Organización Panamericana de la Salud. *Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud*. Washington, D.C: OPS/PALTEX, [en línea]. 2004. [fecha de acceso: 13 de julio de 2015]; URL disponible en: <file:///C:/Users/Maritere/Downloads/Indicadores%20basicos%20para%20el%20 analisis%20de%20la%20equidad%20de%20genero%20en%20salud.pdf>.
76. Estrada J.H. Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave bioética.” *Revista Colombiana de Bioética*. [en línea]. 2015; 6(1):37-61. [fecha de acceso: 15 de enero, 2016]; URL disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/1266>

77. Estrada J.H. (2009). La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, [en línea]. 2009; 8(17):106-122. [fecha de acceso: 10 de marzo, 2015]; URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272009000200007&script=sci_abstract
78. Muraro R.M. *Feminina e masculino*. Rio de Janeiro: Editora Sextante; 2002.
79. Núñez B. F. *Reseña de Género e historia de Joan Wallach Scott*. Estudios Sociológicos, A.C. Distrito Federal, México. [en línea]. 2011. [fecha de acceso: 10 de noviembre de 2014], Vol. 29 N° 86, 740-744. URL disponible en: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59823584014>
80. Scott, Joan W. Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *Revista La Manzana de la Discordia* [en línea]. 2011. [citado: 15 de enero 2016]; 6(1): 95-101 URL disponible en: [file:///C:/Users/Maritere/Desktop/Bertaux%20\(105\)%201.pdf](file:///C:/Users/Maritere/Desktop/Bertaux%20(105)%201.pdf)
81. Fernández Poncela A, *Estudios sobre las mujeres, el género y el feminismo*. Nueva Antropología 1998XVI79-95. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905405>. Fecha de consulta: 10 de marzo de 2015.
82. Charlton D, *Climaterio y menopausia, una mirada de género*. *Enfermería Actual en Costa Rica* [en línea]. 2004; 3 (6), 1-5. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=44830601>. Fecha de consulta: 12 de marzo de 2015.
83. Do Prado Marta L., De Souza María de L., Monticelli Marisa, Cometto María C., Gómez Patricia F. *Investigacion Cualitativa en enfermeria. Metodología y didáctica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
84. Souza M., Ferreira S., Gómez R. *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. 2da. Ed. Buenos Aires: Lugar editorial; 2012.
85. Souza M. *La artesanía de la investigación cualitativa*. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
86. Glat R., Pletsch M. D. El método de la historia de vida en la investigación sobre la autopercepción de las personas con necesidades educativas especiales. *Revista "Educação Especial"*. [en línea]. 2009 mayo/ago.

- [citado: 10 de enero 2016]; 22(34): 139-154. URL disponible en: <file:///C:/Users/Maritere/Downloads/268-921-1-PB.pdf>
87. Bertaux Daniel. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Acta sociológica* [en línea]. 2011 setiembre-diciembre. [citado: 15 de enero 2016]; 56: 61-93. URL disponible en: [file:///C:/Users/Maritere/Desktop/Bertaux%20\(105\)%201.pdf](file:///C:/Users/Maritere/Desktop/Bertaux%20(105)%201.pdf)
 88. Villamizar Y. P., Barreto G. J. *La Historia De Vida: Recurso En La Investigación Cualitativa. Reflexiones Metodológicas*. 2010. Bufind. [en línea]. 2010. [citado: 10 de enero 2016]; URL disponible en: <https://doaj.org/article/f375a13f2dcf4657af46a36af464d454>
 89. Pineda E, de Alvarado E. *Metodología de la investigación*. 3ª ed. Washington D.C.: OPS; 2008.
 90. Do Prado M, De Souza M., Carraro T. *Investigacion Cualitativa en enfermería: contexto y bases contextuales*. 2da. ed. Washington, OPS, 2008.
 91. Goldenberg M. *A arte de pesquisar*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2011.
 92. Spindola, Thelma, and Rosângela da Silva Santos. “Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa (¿dora?).” *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [en línea]. (2003): 37(2) 119-126. [citado: 10 de enero 2016]; URL disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/14.pdf>
 93. Almeida N. *Método e metodologia na pesquisa científica*. 3ª ed. Brasil: Yendis editorial Ltda.; 2009.
 94. Bertaux D. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Acta sociológica*. [Internet] 2011[citado 06 de mayo 2014]; 56 <http://journals.unam.mx/index.php/ras/article/view/29458>.
 95. Tarrés M L, A propósito de la categoría género: leer a Joan Scott. *Sociedade e Cultura* 2012; Vol. 15 pp.379-391. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70325252013>. Fecha de consulta: 8 de marzo de 2015.
 96. Steinar K. *Las entrevistas en investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata, 2008.
 97. Charlton Lewis D, Climaterio y menopausia, una mirada de género. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)* 2003IV107-112. [en línea]. 2003; Disponible

en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15310209>. Fecha de consulta: 10 de marzo de 2015.

98. De Barbieri, Teresita. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates en sociología*, [online]. 2013, no 18, p. 145-169. [citado 2015-03-08], pp. 0-0. Disponible en: http://estudios.sernam.cl/img/uploads/barbieri_sobre_categoria_genero.pdf
99. Novel G, Lluch T, López D. Enfermería psicosocial y salud mental. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
100. Romero C. Diferencias de género en las redes de apoyo social. *Rev. Inst. Enf. Resp. Mex.* Vol.17 n°2 México: junio; 2004.
101. Polizzi y Arias. Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social. *Pensando en Psicología*, 10(17), 61-70; 2014. Disponible en: [doi:http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.785](http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.785)
102. Matud, Caballeira, López, Marrero, Ibáñez. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, Vol 25 Num.2, abril 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, DF México.
103. Carvalho V. Para uma epistemologia da enfermagem. Tópicos de crítica e contribuicao. Rio de Janeiro: Editora EEAN/UFRJ; 2013.
104. Le Mone y Burke, K. Enfermería Médico quirúrgica. Pensamiento crítico en la Asistencia al Paciente. Vol I. 4ª ed. Prentice Hall. Madrid, 2009.
105. Heidegger M. El Ser y el Tiempo. Fondo de cultura económica. México-Buenos Aires; 1962.
106. Benavent MA., Ferrer E., Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Barcelona: Ed Lexus; 2012.
107. Giffin K. Pobreza, desigualdad y equidad en salud: consideraciones a partir de una perspectiva de género transversal. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 18 (Suplemento): 103-112, 2002.
108. Scott J.W. Género e historia. España: S.L. Fondo de Cultura Económica; 2010.

ANEXOS



ANEXO N° 01

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación titulado Vivencias de las enfermeras en climaterio: bases para el cuidado en la condición femenina a la luz de Joan Scott, realizado por la Mg. María Teresa Cabanillas Chávez, con la asesoría de la Dra. Yolanda Rodríguez Núñez.

La abajo firmante declara, que ha sido informada por la investigadora de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, que conoce que los resultados se utilizarán solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Acepta participar en el proyecto de investigación, realizando una entrevista individual abierta, que será grabada en su totalidad mediante la utilización de una grabadora de voz y guardados por cinco años, después serán destruidas.

Participante

Investigadora responsable

Lima, ____ de _____ de 201__.



ANEXO N° 02

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE
CHIMBOTE
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

ENTREVISTA PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

I. DATOS GENERALES:

Edad:

Estado civil:

N° de hijos:

Condición laboral:

Especialidad/maestría:

Centro de trabajo:

II. PREGUNTAS ABIERTAS:

1. Hábleme de su vida que tenga relación con el climaterio.
2. ¿Cuáles son las vivencias de las enfermeras durante el climaterio en una universidad privada de Lima?
3. ¿Los síntomas que se vivencian durante el climaterio son un problema para las enfermeras estudiantes de una universidad privada?

ANEXO N° 3

Tabla 1: Características socio laborales y académicas de las enfermeras

Código	Seudónimo	Edad	Estado civil	N° de hijos	Condición laboral	Especialidad	Centro de trabajo
E 1	Amatista	52	Viuda	1	Nombrada	Administración y Gestión en enfermería	Hospital Edgardo Rebagliati Martins
E 2	Coral	45	Soltera	-	Contrato tiempo indefinido	Administración y Gestión en enfermería	Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
E 3	Esmeralda	55	Casada	1	Nombrada	Administración y Gestión en enfermería	Instituto de Salud Materno Perinatal
E 4	Jade	44	Casada	1	Contratada	Oncología	Laboratorio 3 M
E 5	Piedra de luna	55	Divorciada	1	Nombrada	Administración y Gestión en Enfermería	Hospital Nacional Cayetano Heredia
E 6	Perla	55	Casada	2	Nombrada	Maestría en enfermería	Hospital de la Fuerza Aérea Peruana
E 7	Rubí	59	Divorciada	2	Nombrada	Neurología y Neurocirugía	Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas
E 8	Topacio	54	Casada	3	Nombrada	Maestría en enfermería	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
E 9	Zafiro	60	Casada	3	Nombrada	Maestría en enfermería	Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
E 10	Diamante	58	Divorciada	3	Contratada	Maestría en enfermería	Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Fuente: Guía de entrevista en profundidad realizada por María Teresa Cabanillas Chávez en la Universidad Peruana Unión entre diciembre 2014-octubre 2015.