



31261  
2  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD**

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS: EL CASO DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA JURISDICCION SANITARIA DE TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO.

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRO EN INVESTIGACION**

**DE SERVICIOS DE SALUD**

**P R E S E N T A :**

**BIOL. VICENTE SANDOVAL HERRERA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**M. EN I. S. S. HECTOR GONZALEZ DIAZ**



MEXICO D. F.



2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Maestría en Investigación de Servicios de Salud**

**Título de la tesis:**

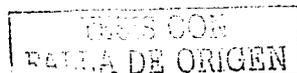
**Uso de los Servicios de Salud por Mujeres Mayores de 45 años: El caso de las Mujeres Posmenopáusicas de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepantla Estado de México.**

**Presenta: Biól. Vicente Sandoval Herrera**

**Director de Tesis: M. en I. S. S Héctor González Díaz**

**Sinodales: M. en I.S.S. Juan Pineda Olvera  
M. en I.S.S. Carolina Salinas Oviedo  
Mtro. en M.C. Jorge Luis Salinas Rodríguez  
M. en I.S.S. Salome Grajeda López**

México, D.F. 2003



## DEDICATORIA

**A mis padres Julio Sandoval Ramírez  
y Martha Herrera Menchaca por su  
amor, cariño, respeto y comprensión.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS

- A MI ESPOSA LORENA Y A MIS HIJOS SOFÍA, OMAR Y BRENDA  
Por que son mi inspiración y por compartir conmigo su capacidad de admiración y asombro.
- A MIS HERMANOS ALFONSO, MARU, JULIO, ALEJANDRO, GRISELDA, SONIA Y ROBERTO  
Por conservar nuestros valores, legado de nuestros padres.
- A MIS SOBRINOS SURIEL, CESAR, ROXANA, JUAN, ALDO, MEMO, SERGIO, SAYRA, AZAEL, SAMUEL, NALLELY, LUPITA, RODRIGO, JACOBO, SULIM YOSHIRA, SAMANTA, XOCHITL Y JULIANA  
Por su entusiasmo y energía contagiable.
- A EDSON, TAMARA Y SEBASTIÁN  
Por la ternura y cariño que me transmiten.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A Héctor González Díaz, por su guía constante durante la elaboración de este trabajo.

A los miembros del jurado, por sus sugerencias y comentarios:

M. en I.S.S. Juan Pineda Olvera

M. en I.S.S. Carolina Salinas Oviedo

Mtro. En M.C. Jorge Luis Salinas Rodríguez

M. en I.S.S. Salome Grajada Lopez

A la Dra. Lidia Reyes Rosas Jefa de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepantla por su apoyo incondicional para la realización de este trabajo; rogándole sea el medio para hacerlo extensivo a su equipo de trabajo y a quienes directa o indirectamente colaboraron en la recopilación de la información.

A la nani Angeles Sandoval Ramos, por sus observaciones y comentarios en la redacción de este trabajo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

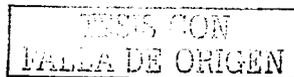
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Índice**

	<b>pág.</b>
Lista de Figuras, Cuadros y Anexos	I
Resumen	III
<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II. Antecedentes</b>	<b>3</b>
2.1 Modelos de Uso de los Servicios de Salud	
2.1.1 Modelo epidemiológico	
2.1.2 Modelo psicosocial	
2.1.3 Modelo sociológico	
2.1.4 Modelo económico	
2.1.5 Modelo basado en la teoría del capital humano	
2.1.6 Redes de apoyo social	
2.2 Población Objeto de Estudio	10
2.2.1 Población	
2.2.2 Localización	
2.3 Diagnostico de Salud de la Población	12
2.3.1 Saneamiento básico	
2.3.2 Morbilidad	
2.3.3 Mortalidad	
2.3.4 Infraestructura	
2.3.5 Recursos Humanos	
<b>III. Marco Teórico</b>	<b>17</b>
3.1 Determinantes del Uso de los Servicios de Salud.	
3.2 Endocrinología del Aparato Genital Femenino.	
3.2.1 Hormonas esteroides	
3.2.2 Estrógenos	
3.2.2.1 Biosíntesis y metabolismo	
3.2.2.2 Mecanismos de acción	
3.2.2.3 Efectos sobre órganos y tejidos	

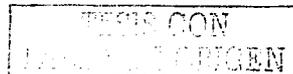
	3.2.2.3 Efectos sobre órganos y tejidos	
3.3	Climaterio	23
	3.3.1 Concepto y cambios hormonales	
	3.3.2 Factores que influyen en la edad de la menopausia	
	3.3.3 Fases del climaterio	
	3.3.4 Epidemiología	
3.4	Síndrome Climatérico	27
	3.4.1 Síntomas vasomotores (sofocos, parestesias, palpitaciones, cefaleas, vértigos, hipertensión)	
3.5	Alteraciones Psíquicas y factores que influyen en el climaterio	28
	3.5.1 Depresión	
	3.5.2 Influencia de la Personalidad	
	3.5.3 Factores familiares	
	3.5.4 Factores socioculturales	
3.6	Alteraciones Metabólicas	32
3.7	Alteraciones Genitourinarias	32
3.8	Osteoporosis.	33
3.9	Condiciones de Salud de la Mujer	35
IV	Planteamiento del Problema	38
	4.1 Justificación	
	4.2 Objetivos	
	4.3 Hipótesis	
V	Metodología.	42
	5.1 Definición de la Población Objeto de Estudio	
	5.1.1 Criterios de inclusión	
	5.1.2 Criterios de exclusión	
	5.2 Tipo de Investigación	42
	5.3 Nivel y Diseño de la Investigación.	
	5.4 Técnicas Instrumentales para la Recopilación de la Información	42
	5.5 Definición y Operacionalización de las Variables	43
	5.6 Tipo de Muestra	49

5.7	Tamaño de la Muestra	49
5.8	Confiabilidad y validez	49
5.9	Procedimiento para la recolección de Información	
VI	Resultados	52
6.1	Datos Sociodemográficos	
6.2	Servicios con los que Cuenta en su Domicilio	53
6.3	Estilo de Vida	53
6.4	Salud general e Historia Reproductiva	53
6.5	Síntomas Después de la Menopausia	54
6.6	Uso de los Servicios de Salud	54
6.7	Redes de apoyo social	57
VII	Discusión	59
VIII	Conclusiones	74
IX	Recomendaciones	76
X	Bibliografía	78
XI	Anexos	82
	A1 Jurisdicción Sanitaria 14 de Tlalnepantla	
	A2 Instructivo Para la Aplicación del Cuestionario	
	A3 Instrumento	
	A4 Gráficas	
	A5 Diagrama de la metodología	
	A6 Estadístico	
	A7 Cuadros 1, 2, 3 y 4	
	A8 Modelo de apoyo social de Caplan	



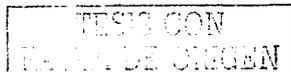
## Figuras, Cuadros y Anexos

- FIG. 1 Biosíntesis de hormonas esteroides
- FIG. 2 Ocupacion
- FIG. 3 Escolaridad
- FIG. 4 Ingreso económico
- FIG. 5 Edad de la menstruación
- FIG. 6 Último período menstrual ( menopausia)
- FIG. 7 Enfermedades crónicas
- FIG. 8 Edad vs Grado de sintomatología
- FIG. 9 Es derechohabiente o Usuaria de...
- FIG. 10 Principal motivo de consulta
- FIG. 11 Como se informó acerca de la menopausia
- FIG. 12 Cuando fue la última vez que visitó al médico
- FIG. 13 Qué hace para aliviar los síntomas de la menopausia
- FIG. 14 Por qué no se aplica el tratamiento
- FIG. 15 Conoce otro tratamiento para aliviar los síntomas de la menopausia
- FIG. 16 Edad vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- FIG. 17 Ingreso económico vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- FIG. 18 Utilizó píldoras anticonceptivas vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia.
- FIG. 19 Bochornos vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- FIG. 20 Sudor vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- FIG. 21 Palpitaciones vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- FIG. 22 Fatiga vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- FIG. 23 Depresión vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- FIG. 24 Dolor de Cabeza vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la Menopausia
- FIG. 25 Sabe qué es la menopausia vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- FIG. 26 ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos? vs ha visitado a su médico debido a los síntomas de la menopausia
- Fig. 27 Número de hijos vivos vs ¿Cuántas veces asiste a consulta al año?



## Anexos

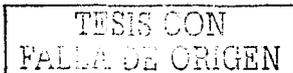
- Anexo A1 Jurisdicción 14 de Tlanepantla
- Anexo A2 Instructivo para la aplicación del Instrumento
- Anexo A3 Instrumento
- Anexo A4 Gráficas
- Anexo A5 Diagrama de la Metodología
- Anexo A6 Tablas de estadísticos
  - Análisis factorial
  - Prueba de Ji cuadrada
- Anexo A7 Cuadros
  - Cuadro 1 Acción hormonal cuando los tejidos están en presencia o ausencia de estrógenos
  - Cuadro 2 Resultados de las preguntas relacionadas con los síntomas de la menopausia
  - Cuadro 3 Porcentaje de mujeres que perciben el apoyo instrumental como bajo, medio o alto.
  - Cuadro 4 Porcentaje de mujeres que perciben el apoyo emocional como bajo, medio o alto.
- Anexo A8 Modelo de Apoyo Social de Caplan.



## Resumen

Las mujeres menopáusicas son un grupo social en el que se intensifican las necesidades afectivas, de apoyo familiar y médicas. No existe un registro oficial en México respecto al número de mujeres que estén siendo atendidas por menopausia aunque se dice que menos del 10% de las mujeres menopáusicas actualmente llevan algún tratamiento médico y se desconoce cuantas reciban apoyo psicológico. Se conocen varios modelos que explican el uso de los servicios para la población en general aunque en el caso de las mujeres menopáusicas no se ha planteado uno. En este trabajo se identificaron y analizaron algunas variables que influyen en la utilización de los servicios de salud por las mujeres entre 45 – 64 años de edad de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepantla (JST). Se distribuyó un cuestionario a los 17 centros de salud que forman la JST y éste a su vez, se entregó a los 135 Promotores de Atención Primaria a la Salud (PRODIAPS) que aplicaron al azar tres cuestionarios cada uno de ellos a mujeres entre 45 – 64 años sin enfermedades crónicas o síntomas psíquicos evidentes. Se concluye que dos de las variables que están involucradas con la utilización de los servicios de salud son el ingreso económico y las redes de apoyo social (apoyo emocional). Se sugiere la necesidad de crear una clínica de climaterio en el primer nivel de atención para garantizar un manejo integral de la menopausia.

Palabras clave: Uso de servicios de salud, menopausia, Tlalnepantla, Redes de apoyo social.



## I. Introducción

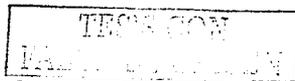
En el capítulo de antecedentes se habla sobre algunos modelos que han sido desarrollados para poder explicar el uso de los servicios de salud por la población en general, se señalan algunas de las variables involucradas en el uso de los servicios de salud de las mujeres menopáusicas en patrones culturales y socioeconómicos distintos a los de la población mexicana. Se describen las características ambientales, económicas, sociales y de salud de la población en la que se llevó a cabo la presente investigación.

En el capítulo de Marco Teórico se define climaterio y menopausia, se habla sobre las características de los esteroides, se enumeran algunos de los trastornos que provoca la falta de esteroides en la mujer posmenopáusica. Se mencionan algunos de los malestares que aparecen en la posmenopausia así como algunos de los trastornos emocionales que se presentan. También se señalan las condiciones de salud de las mujeres y los enfoques que han predominado en los servicios de salud para la atención de la mujer.

En el capítulo de Planteamiento del Problema, se cuestiona porqué la población entre 45 - 64 años que tiene acceso a los servicios de salud no acude a diagnóstico y tratamiento de la menopausia; se destaca la importancia de investigar las variables que pueden estar influyendo en la decisión de utilizar o no los servicios de salud. En este mismo capítulo se justifica la investigación que se realizó.

En el capítulo de Metodología, se describe cada una de las variables seleccionadas y su operacionalización, se establecen los criterios de inclusión, de exclusión y se explica el tipo de investigación que se realizó; así como el cálculo del tamaño de la muestra de acuerdo a la cantidad de mujeres menopáusicas. Se aplicó la  $\alpha$  de Cronbach para determinar la confiabilidad del instrumento obteniendo lo siguiente:

Síntomas después de la menopausia 0.8 y Relaciones humanas 0.8 y la validez se realizó a través del desarrollo de constructos tomando como referente el marco

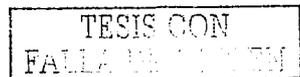


teórico. Se presenta el instrumento que se aplicó así como el instructivo para la aplicación del mismo. En la parte de resultados se reportan los hallazgos para cada una de las preguntas del instrumento que se aplicó.

Algunos de los resultados de las encuestas aplicados a 321 mujeres entre 45 – 64 años arrojaron que la edad promedio de la menopausia fue a los 46.9 años, a 42 (13.08%) le habían realizado histerectomía y a 27 (8.4%) empleaba un tratamiento hormonal reconstitutivo; el número de visitas anuales sin importar el motivo de consulta fue de 6.25. Estos resultados en conjunto con los demás resultados obtenidos del cuestionario se procesaron en el paquete estadístico SPSS V.10

Se aplicó la prueba estadística Ji cuadrada a los datos de la pregunta sobre uso de los servicios de salud debido a los síntomas de la menopausia y se cruzó contra las variables incluidas en el cuestionario como número de hijos, ingreso económico, redes sociales de apoyo, entre otras. Se detectaron diferencias estadísticas en variables como: edad, ingreso económico, uso de píldoras anticonceptivas, consumo de tranquilizantes, información sobre la menopausia, síntomas como: bochornos, sudoración, palpitaciones, fatiga, depresión, dolor en articulaciones, dolor de cabeza, deseo sexual y redes sociales de apoyo relacionadas con el apoyo que recibió por familiares y amigos.

Finalmente se concluye que en las mujeres menopáusicas existen muchas determinantes que pueden repercutir en la decisión de utilizar los servicios de salud. Destacando la falta de redes de apoyo social. En el caso de la familia, a pesar de un promedio de 5.01 de hijos vivos no se aprecia un efecto determinante en la utilización de los servicios de salud. Debido a esta multicausalidad, la atención a las mujeres en esta etapa debería ser mediante un equipo multidisciplinario de especialistas, por lo cual se sugiere la creación de una Clínica del Climaterio y ampliar las redes de apoyo social en la Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepantla



## **II Antecedentes**

### **2.1. Modelos de uso de los servicios de salud**

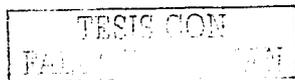
La utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo en el que participa la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada. Al mismo tiempo se puede considerar como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta que se inicia o se continúa el uso de los servicios médicos.

A lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención, aspectos que incluyen creencias relativas a la salud; confianza en el sistema de atención médica y tolerancia al dolor y a la incapacidad. Esta sucesión sistemática es precisamente lo que ha permitido el estudio de la utilización desde diferentes enfoques, lo que a su vez ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población utiliza o deja de utilizar los servicios

De esta manera se plantean a continuación los modelos: epidemiológico; psicosocial, económico, y el basado en la teoría del capital humano -entre otros-.

#### **2.1.1 Modelo epidemiológico**

En este modelo se considera que las necesidades que motivan a la población a utilizar los servicios de salud son la alteración del estado de salud y el bienestar con la condición de que se requiera de servicios y recursos para su atención. De esta forma la morbilidad y mortalidad -por sí mismas- se identifican como daños a la salud. También se establece que la propensión a los servicios de salud depende de la exposición de la población a los factores de riesgo; los clasifica como iniciadores, promotores y pronósticos.



El tipo de riesgo al cual está expuesta la población determina finalmente la utilización de los servicios y el tipo de servicios específicos según el caso; preventivo, diagnóstico y tratamiento y en última instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación. Aquí se asume que la población expuesta a una contingencia se protege cuando utiliza los servicios de salud contra la que no los utiliza y esta expuesta. Pero, al mismo tiempo la población protegida -debido a los servicios de salud- ahora enfrenta un amplio riesgo derivado de la calidad de esos servicios. (Arredondo 1992)

### **2.1.2 Modelo psicosocial**

Modelo propuesto por Irwon M. Rosenstock, (citado por Arredondo 1992) intenta especificar las variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento de los actores en el área de la salud. Se consideran dos clases de variables:

- 1) Percepción de la seriedad o gravedad de la enfermedad (Estado psicológico de alerta o aprehensión).
- 2) Las creencias sobre los beneficios y barreras para utilizar los servicios preventivos.

La susceptibilidad percibida está relacionada con los riesgos de ajustarse a una condición. la seriedad percibida se refiere a los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales. Las creencias sobre los beneficios se refieren a las posibilidades de conocer alternativas para reducir la amenaza de la enfermedad a la cual el individuo se siente sujeto.

Este modelo señala que los factores que estimulan el empleo de los servicios es el nivel de alerta o aprehensión y la percepción de beneficios, los cuales proporcionan un patrón preferente de acción. Éstos pueden ser internos como la

4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

percepción del estado corporal o externos como interacción interpersonal, impacto de medios de comunicación -entre otros-

### 2.1.3 Modelo sociológico

De los diversos modelos sociológicos que explican la utilización de los servicios de salud el modelo de Suchman.(citado por Arredondo 1999) destaca la "red de relaciones sociales" de acuerdo con esto los factores que inducen la utilización de los servicios de salud están dados por redes sociales (individuo, familia, amigos), cuyas características influyen en la utilización de los mismos. La actitud del individuo sobre la enfermedad dependerá de los conocimientos que tenga su red de relaciones sociales respecto al proceso salud-enfermedad.

El modelo de Anderson (citado por Arredondo 1999) considera que la utilización de los servicios de salud están en función de:

- a) Factores asociados al proceso de salud-enfermedad que involucran:
  - Necesidad percibida por el paciente.
  - Necesidad evaluada por el personal de salud
- b) Factores predisponentes: composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación -entre otros-.
- c) Factores capacitantes. Todo lo que tiene que ver con las condiciones socio-económicas dividido en
  - Recursos familiares ingresos, ahorros, seguros -entre otros-.
  - Recursos comunitarios, servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, -entre otros-

El modelo de Mechanic (citado por Arredondo 1999) por su parte esta basado sobre la premisas de que la conducta del enfermo, es una respuesta aprendida cultural y socialmente. Los estímulos que inducen a la búsqueda de atención médica están basados en 10 determinantes.

- 1) Visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas
- 2) Grado en el cual los síntomas son percibidos como peligrosos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

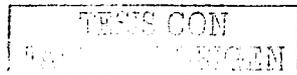
- 3) Grado en el que los síntomas interfieren en la familia, el trabajo y otras actividades sociales
- 4) La frecuencia y persistencia de los síntomas.
- 5) Umbral de tolerancia para los síntomas.
- 6) Disponibilidad de información y conocimiento.
- 7) Necesidades básicas que llevan a tomar una decisión.
- 8) Necesidades que compiten con la respuesta a la enfermedad.
- 9) Interpretaciones que pueden ser dadas por los síntomas una vez que se han reconocido
- 10) Disponibilidad de tratamiento, recursos, distancia al médico y el costo psicológico y financiero de las acciones tomadas.

En el mismo modelo se establecen dos niveles de definición de las determinantes, una que depende de la persona y la otra en la que no depende de ésta.

La decisión del empleo de los servicios de salud está condicionada a la interpretación que haga el individuo de las diez determinantes y de los dos niveles de definición.

#### **2.1.4 Modelo económico**

Algunos de los modelos económicos desarrollados para explicar la utilización de los servicios de salud se agrupan en modelos del análisis de la demanda. Uno de los propósitos de estos modelos es probar que la demanda de los servicios depende de sus propios costos, de otros precios, de los ingresos y de los gastos de las personas. Para esto se toma la elasticidad como medida de respuesta de la cantidad demandada de un bien a los cambios en el precio (elasticidad de precios), en el ingreso (elasticidad del ingreso) y en los precios de otros bienes (elasticidad cruzada).



El modelo intenta probar que si aumenta el precio del servicio la demanda baja, si sube el precio de otros bienes la demanda de servicios de salud también aumenta y si incrementa el ingreso, incrementa la demanda de los servicios de salud.

### **2.1.5 Modelo basado en la teoría del capital humano**

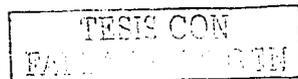
Al igual que los modelos anteriores se han propuesto muchas teorías basadas en la teoría del capital humano para explicar el uso de los servicios, la idea central que se maneja es considerar que la utilización de los servicios está en relación a la demanda de salud asumiéndola como una forma de capital humano en la que se puede invertir: por lo que las personas pueden aumentar sus capacidades como productores y consumidores invirtiendo en sí mismos. En la última década se ha impuesto la idea de que la inversión en el capital humano incrementa la productividad en el mercado y fuera de él.

Se asume que el ser humano hereda un acervo de salud que se deprecia con el tiempo a una tasa creciente, se supone también que la salud se puede aumentar a través de la inversión de los servicios de salud y que la muerte ocurre cuando el acervo del capital salud cae debajo de cierto nivel. (Arredondo 1999)

### **2.1.6 Redes de apoyo social**

El concepto de apoyo social involucra para su definición en primer lugar el tipo de análisis para lo cual se han propuesto 3 niveles de análisis a) Comunitario b) Medio c) Macro o de relaciones íntimas. Estos niveles están relacionados con los diferentes grupos del entorno social con lo que puede interactuar la persona. (Gottlieb, 1981 citado por García Martín M. Ángel 2002).

En segundo lugar de acuerdo a la percepción de estudio puede ser estructural o funcional. En la investigación estructural de las redes de apoyo se toman en cuenta las características de las redes de apoyo tales como tamaño, densidad,



dispersión, geografía, características de los contactos que tienen lugar —dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad, multiplicidad de contactos, entre otros).

El estudio funcional abarca tres tipos de apoyo: a) emocional b) tangible o instrumental c) Informativo.

El apoyo emocional se define como sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y disponibilidad de alguien con quien hablar. (Cohen, S 1984 citado por Sepúlveda y cols . 1998). La hipótesis que se plantea en este sentido es que el apoyo social aumenta la autoestima en las personas, al sentirse valoradas y aceptadas por los demás. Otra hipótesis, es que al comunicar los problemas a otras personas, los individuos se darían cuenta, que sus dificultades son compartidas y son relativamente frecuentes en la población.

El apoyo tangible o instrumental se ha definido como prestar ayuda directa o servicios (ayudas domésticas, prestar objetos o dinero, cuidar de los niños, etc.). Se relaciona con el bienestar, porque disminuye la sobre carga de tareas y deja el tiempo libre para actividad de recreo (Wills T.,1985 citado por Sepúlveda y cols., 1998).

El apoyo informativo es un proceso a través del cual las personas buscan información, consejo y/o guía que les ayude a resolver sus problemas, en ocasiones el apoyo informativo puede considerarse como emocional (Schaefer, C 1981 citado por Sepúlveda y col . 1998).

Junto con las delimitaciones anteriores del concepto de apoyo social, es preciso la distinción señalada por Caplan,1974. (citado por Sepúlveda y col., 1998) entre el apoyo social objetivo y apoyo social percibido.

Según Caplan el apoyo social objetivo hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de

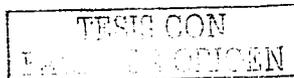
necesitarlos; el apoyo social percibido destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar.

Teniendo en mente los antecedentes ya comentados, el apoyo social se define desde diferentes enfoques, desde el punto de vista instrumental. De paulo, Nadler y Fisher en 1983 definen el apoyo instrumental como la posibilidad de disponer de ayuda directa (por ejemplo, cuidar de la casa cuando uno se ausenta, cuidar de un familiar, facilitarle alojamiento, etc.) (citado por García, 2002).

Una definición mas incluyente propuesta por Lin en 1986 concibe el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos intimos. (citado por García, 2002).

Diversos autores han estudiado la relación entre el apoyo social y el estado de salud, según Barrón, 1996 la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poderlas evitar con anticipación suficiente Thoits, 1985 señala los efectos que el apoyo social tiene sobre las personas: a) incremento en la percepción de identidad b) incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento c) Aumento de la percepción de control, autosuficiencia y dominio sobre el ambiente, lo que incrementa su bienestar. (citado por García 2002)

Otra de las teorías denominada Efecto Buffer o Amortiguador propuesta por Barrón, Lozano y Chacón, 1988, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. (citado por García, 2002)



Los efectos salutogenos que tiene el apoyo social en la esfera emocional se pueden explicar también por La Teoría de la Comparación Social de Festinger, 1954 el autor explica que los contactos sociales mantenidos por un individuo, y la red social resultante, actúan de referente en los procesos de evaluación interna o auto percepción que lleva a cabo la persona. (citado por García, 2002)

## 2.2 Población Objeto de Estudio

### 2.2.1 Población

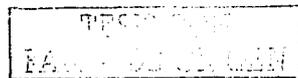
La población del municipio de Tlalnepantla ha evolucionado a lo largo de su historia con grandes cambios demográficos como consecuencia de tres fenómenos que se interrelacionan entre si:

- Desplazamiento de la población rural a lo urbano (campo-ciudad)
- Explosión demográfica
- Industrialización

Tomando como base el XII Censo General de Población y Vivienda que realizó el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) de año 2000, arrojó una cifra de 721.415 habitantes, de los cuales 371 257 son mujeres.

La infraestructura instalada en el Municipio de Tlalnepantla se caracteriza por ser urbana en su totalidad El XI censo de INEGI de 1990, registró 8,533 personas clasificadas como indígenas, cifra que representa el 1.2%, de los cuales el 95% habla español y corresponde a la cultura Náhuatl.

La división política del Municipio de Tlalnepantla, de acuerdo a datos del INEGI/1990 consta de dos localidades, Tlalnepantla y Puerto Vallarta. Para efectos operativos el municipio se ha dividido en 1 ciudad, 19 pueblos, 87 colonias 73 fraccionamientos residenciales, 31 unidades habitacionales y 16 fraccionamientos industriales



En el comportamiento de las tasas de fecundidad y natalidad de 1990 a 1992 se observa un claro descenso de 88.2 y 23.5 a 80.7 y 21.5 respectivamente, sin embargo, en 1993 y 1994 destaca un descenso del 50% aproximadamente, siendo estas cifras las emitidas por las oficinas del Registro Civil en el ámbito municipal. Comparadas con los indicadores estatales, denotan que el municipio presenta cifras mayores tanto en las tasas de fecundación como en las de natalidad, aún cuando los años de referencia no son los mismos

La esperanza de vida al nacer que se calcula por género, es más alta en las mujeres; así, en 1990 para el hombre fue de 66.76 años y de 73.85 para la mujer; para 1995 se estima una esperanza de vida al nacer de 70.01 en hombres y 76.58 en mujeres.

### **2.2.2 Localización**

El Municipio de Tlalnepantla, que por su población y geografía se constituye en una jurisdicción, está delimitada con 83.48 Km<sup>2</sup> de extensión territorial, con una población estimada para 1995 de 799.937 habitantes y una densidad de población de 11,491 habitantes por Km<sup>2</sup> dividido en dos porciones: Zona Oriente y Zona Poniente, con una Tasa de Crecimiento de 2.30 y una Tasa de Natalidad de 23.75 por mil habitantes

La infraestructura de Servicios de Salud del Instituto de Salud del Estado de México consta de 17 Centros de Salud Urbana, una Maternidad de seis camas censables y un Hospital General de 110 camas ubicado en la Zona Poniente del municipio. En el Primer Nivel de Atención, existen un total de 102 consultorios de los cuales 15 carecen de médico consultante, 17 consultorios dentales con 49 unidades dentales y 19 unidades sin Odontólogo

Los recursos humanos suman un total de 87 Médicos, 30 Odontólogos, 61 Enfermeras y 135 (Promotores de Atención Primaria a la Salud) PRODIAPS, que



dan un índice de 0.7 enfermeras por médico, sin tomar en cuenta a los Odontólogos. Existen 0.15 consultorios por 1000 habitantes.

## **2.3 Diagnóstico de Salud de la Población Objeto de Estudio**

### **2.3.1 Saneamiento básico**

Con un promedio de 5.5 miembros por familia, el municipio tiene la necesidad de atender a 144,014 familias de las cuales: 94.0% cuenta con drenaje público, 1.0% con drenaje libre, 1.0% con fosa séptica y 3% con defecación al ras del suelo. Para su atención, el municipio tiene 8 hectáreas destinadas para relleno sanitario y una capacidad de recolección de basura de 8000 toneladas por día, mediante 72 camiones recolectores.

### **2.3.2 Morbilidad**

La morbilidad en el Municipio de Tlalnepantla prácticamente no ha sufrido variación en la última década, prevaleciendo las infecciones de vías respiratorias como primera causa, con una tasa de 196 casos por 100,000 habitantes, posteriormente los problemas gastrointestinales de tipo infeccioso y parasitario, continúan los problemas dentales, ginecológicos, mordeduras (caninas), enfermedades del aparato urinario, dermatitis y las intestinales no infecciosas como las gastritis y colitis -entre otras-

Como se puede observar, las causas de morbilidad continúan siendo los padecimientos transmisibles, lo que parece incongruente con lo que muestran las tasas de morbilidad ya que en éstas se encuentran como primeras causas las crónico-degenerativas. En cuanto a la edad las infecciones respiratorias agudas y la gastroenteritis son más frecuentes en los extremos de la vida, principalmente en el menor de 5 años. Mientras que la dermatitis se presenta con mayor frecuencia en el grupo de 1-4 años y desde los 24 años. Por otro lado las



enfermedades ginecológicas inciden considerablemente en el grupo de 15 a 24 años.

En lo que respecta a las mordeduras éstas se presentan en el grupo de 5-24 años de manera recurrente y en el grupo de 60 en adelante, por lo que más acude a consulta es por problemas de tejidos dentarios e infecciones de vías respiratorias.

### 2.3.3 Mortalidad

Dentro del proceso histórico de la mortalidad en Tlalnepantla, ésta va muy relacionada al desarrollo del municipio en los últimos 14 años, teniendo de 1981 a 1988 una mortalidad de 2 a 3 mil defunciones por año, con un pico en 1984 de 7 506 por el percance de San Juanico; es hasta 1989 en que el municipio alcanza prácticamente su límite poblacional y un nivel adecuado de servicios, en que la mortalidad desciende de 1000 a 500 por lo que la tendencia de mortalidad general es descendente.

En cuanto a la mortalidad por zonas, podemos decir que el grado más alto se registra en el centro del municipio, de media en los lugares donde apenas quedaron estructurados poblacionalmente y de baja en los cerros, donde se presentan las zonas de más reciente población y es donde se han asentado familias jóvenes. En cuanto a edad y sexo, corresponde a los extremos de la vida, -esto es- en el menor de un año y en los de 65 años o más, predominando en el sexo masculino con una razón de 1 2

Los padecimientos cardiovasculares se han incrementando en los últimos años, le siguen los de las vías respiratorias, tumores, cirrosis y diabetes, que en conjunto son considerados padecimientos crónico-degenerativos. Es de hacer notar que el SIDA ya ocupa el doceavo lugar dentro de las causas de mortalidad.



En cuanto a la mortalidad infantil; la inmadurez, neumonía, bronconeumonía y gastroenteritis siguen prevaleciendo como las primeras causas. La mortalidad preescolar descendió mucho con relación a la infantil, donde continúan predominando las infecciones de vías respiratorias y aparecen los accidentes, aunque la tendencia de mortalidad en estos grupos de edad va en descenso.

De la mortalidad materna, se tienen tasas bajas en comparación con el nivel estatal. En general, las tasas de mortalidad en el ámbito municipal son más bajas que las del nivel estatal, a excepción del grupo de mayores de 65 años en donde el nivel estatal reporta una tasa de 50 defunciones por 100,000 habitantes mientras que en el ámbito municipal presenta una tasa de 53 por 100,000.

#### **2.3.4 Infraestructura**

La infraestructura de salud instalada en el Municipio de Tlalnepantla es amplia, dado que existen recursos de diferentes instituciones del sector salud como son el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), así como recursos no institucionales, como los consultorios privados, sanatorios y trabajadores de la salud de la medicina tradicional: parteras, quiroprácticos -entre otros-.

Sin embargo, al realizar un análisis de cobertura de los servicios de salud, sobre todo institucionales, se advierte que solamente las de ISEM y DIF son exclusivas del municipio de Tlalnepantla, el resto de las instituciones (IMSS, ISSSTE, ISSEMyM) se desempeñan en un área más amplia, su regionalización operativa abarca otros municipios como Naucalpan, Atizapán, Cuautitlán, Tultitlán, Ecatepec -entre otros-, cuya complejidad impide definir su población derechohabiente por



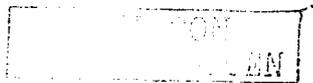
municipio. Esta situación, trae como consecuencia la imposibilidad de calcular indicadores de infraestructura de salud exclusivos de un municipio.

Hecha esta observación, la infraestructura instalada en el municipio reporta las siguientes cifras: en el Primer Nivel de Atención se cuenta con 70 camas censables; en el Segundo Nivel con 574 camas censables y 377 no censables; no existe un Tercer Nivel de Atención. El 84% de las camas censables son del IMSS y el resto corresponde al primero y segundo nivel de ISEM y medicina privada.

En el Segundo Nivel de Atención, hay 7 salas de expulsión, 8 quirófanos, 22 peines de laboratorio, gabinete de rayos X, 60 unidades dentales y 78 núcleos básicos. De estas cifras, las destinadas a población abierta son 2 salas de expulsión, 5 peines de laboratorio, 51 unidades dentales y 78 núcleos básicos (el núcleo básico, compuesto por un médico y uno o dos técnicos en atención primaria a la salud para atender a 3000 habitantes sin seguridad social, son recursos del ISEM). La medicina privada detenta 5 salas de expulsión, 4 quirófanos, 5 peines de laboratorio.

Hay un total de 257 que en el Primer Nivel de Atención, 222 destinados a consulta de medicina general y 35 a odontología, en el Segundo Nivel de Atención para población abierta existen 29 dan consulta de especialidad. Existen también, 26 unidades móviles con capacidad para dar atención a 129 localidades; de éstas: 16 son para población abierta, 9 para población con seguridad social

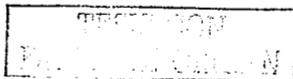
La productividad de los recursos médicos del ISEM, durante el año de 1995 fue de 301.51 consultas por cada 1000 habitantes en el Primer Nivel de Atención y de 64.79 consultas por cada 1000 habitantes en el Segundo Nivel de Atención. La productividad hospitalaria, -especialmente del Hospital General de Tlalnepantla- que ofrece sus servicios a población abierta, presentó un promedio de ocupación del 68% y un índice de egresos de 12.6 por cada 1000 habitantes.



### 2.3.5 Recursos humanos

Los recursos humanos que laboran en el Municipio de Tlalnepantla, no es oferente exclusivo de los habitantes del mismo, sino que abarcan otros municipios, sólo los recursos humanos del ISEM y del DIF prestan sus servicios a los habitantes de Tlalnepantla de manera casi exclusiva -aunque no se rechaza a la población de otros municipios o entidades para su atención-, en términos de regionalización, los recursos instalados son básicamente para la población asignada oficialmente.

El número de recursos médicos y paramédicos que existen en el municipio ascienden a 3,614 de los cuales, 1,154 son médicos que representan el 32 %; 1,941 enfermeras que representan el 54% (1.68 enfermeras por médico), 70 odontólogos y 449 recursos paramédicos. De acuerdo a esta cifra, existen 3.95 recursos nucleares de salud por cada 1000 habitantes.



### **III. Marco Teórico**

#### **3.1 Determinantes en la Utilización de los Servicios de Salud**

Se ha señalado que en México, existen diversos patrones culturales que están involucrados en la decisión de búsqueda de atención médica. En algunas comunidades las mujeres realizan un diagnóstico preliminar a los miembros de su familia a partir del cual evalúan la situación según su criterio y su gravedad, cuando la sintomatología impide realizar actividades, recurren directamente al médico; de otra forma buscan algún tipo de remedio casero -paliativo-, para enfermedades que se consideran no graves como: gripa, dolor de cabeza, dolor de muelas.

Un segundo factor que determina la visita al médico es la derechohabencia a un sistema de seguridad social. Los que no lo tienen dependen de su ingreso familiar y de otras opciones a su alcance, resultan importantes las redes familiares o comunitarias para lograr acceder a un servicio y su financiamiento. La búsqueda de atención en la farmacia es una de las opciones que más compete con la asistencia al médico entre la población no derechohabiente bajo la disyuntiva de pagar la atención médica o solamente la medicina.

Bronfman y col., (1997) encontraron que los factores que desalentaba la utilización de los servicios de salud en el primer nivel de atención y el servicio de urgencias fueron la mala calidad y una organización deficiente

La estructura de los servicios revela una organización fuertemente burocrática; largas horas de espera, insuficiencia de fichas, diferimiento prolongado de las citas, dificultad para acceder al médico especialista.

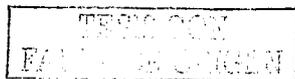


Concerniente a la atención médica destaca la capacitación insuficiente del personal médico, la sustitución de médicos por pasantes de medicina, diagnósticos inadecuados y negligencia en la atención, breve duración de la consulta, premura para terminar la consulta; entre otras anomalías que perciben los usuarios.

En el caso de los países desarrollados se ha considerado que la disminución de la mortalidad al final del siglo pasado, se debió al progreso social y económico. Precisamente una de las determinantes más importantes fue el avance de las condiciones de vida, consistente en: nutrición, vivienda, higiene pública, instrucción, transporte, comunicaciones, mejoramiento de las condiciones de trabajo, higiene personal y, por supuesto, el desarrollo de programas de salud pública.

En un estudio realizado por López Ríos (1997) en el que se investiga el efecto de variables como el desarrollo económico, social y los servicios de salud sobre la tasa de mortalidad en diferentes regiones de México; se halló que un mayor desarrollo socioeconómico incide en decremento de mortalidad, lo mismo que mejores servicios de salud reflejan una menor mortalidad.

Algunos estudios han mostrado que la utilización de servicios de salud depende de factores sociales, culturales y económicos. En zonas rurales, de acuerdo con Garrocho y Simonelli (citados por López-Ríos, 1997) el tratamiento médico es resultado de la accesibilidad a los servicios, medida en: kilómetros de distancia y tiempo necesario para llegar -que incluye todos los inconvenientes para el transporte- la disposición de un medio de transporte o la falta de caminos apropiados. El tratamiento médico es también función del nivel de educación, de la disponibilidad de dinero, del tiempo de espera para obtener la consulta y de las creencias tradicionales respecto a la causalidad de la enfermedad.



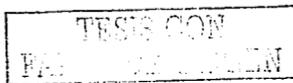
En un estudio sobre el uso de los servicios de salud por la población de 60 años o más en México, Borges-Yañez y Dantes-Gómez (1998) reveló que la causa absoluta del empleo de los servicios de salud fueron el estar enfermo -sin distinción de género, escolaridad, zona de residencia o estado civil-. La derechohabencia actuó como factor de confusión debido a que muchos ancianos con –o sin- seguridad social, eligieron los servicios médicos privados o acudieron a otras instituciones de seguridad social.

Stoller en 1992 señala que las mujeres consultan más frecuentemente a los médicos que los hombres, y que la escolaridad es factor preedictor más importante para explicar el contacto con un médico. La edad, la composición del hogar y el número de médicos por habitante también explican un mayor número de visitas al médico, indicando que la utilización de los servicios está definida por la disponibilidad y el acceso. (Citado por Borges-Yañez y Dantes-Gómez, 1998)

En los servicios de salud materna prevalecen las determinantes socioeconómicas y la desigual disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud que existen en nuestro país.

Bosworth y Schaie (1997) evidencian un mayor número de visitas al médico y uso de medicamentos, entre los sujetos que tienen unas redes sociales más reducidas. Se ha visto que el uso de estos servicios aumenta entre los mayores no casados. Rundall y Evashwick (1982) señalan que el disponer de una mayor vinculación social, especialmente cuando la red de apoyo familiar no sufre cambios importantes, favorece el aumento del número de visitas médicas, ya que contar con esa red de apoyo facilita la utilización de los servicios sanitarios al hacerlos más accesibles. (citado por García, 2002)

Otros autores a su vez señalan que aquéllas personas mayores cuya red de apoyo está focalizada en la familia son los que hacen un menor uso de los servicios de salud.



En estudios longitudinales se han tomado en cuenta datos de análisis de redes tales como: estado civil, contacto con amigos, participación en agrupaciones formales, asistencia a la iglesia, etc. Así mismo, controlaron medidas como salud autopercebida o presencia de comportamientos saludables y observaron una relación entre la densidad de la red social y la tasa de mortalidad, a partir de las observaciones anteriores realizadas en varias ciudades de Estados Unidos y países como Japón, Dinamarca, Suecia entre otros, Berkman (1985) (citado por García M. 2002) planteó una hipótesis sobre los posibles mecanismos que pueden mediar la relación negativa entre el apoyo social y morbilidad / mortalidad destacando lo siguiente:

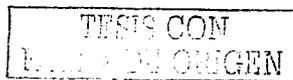
- 1) las personas que disponen de mayor apoyo tienen también la posibilidad de obtener mejores cuidados médicos.
- 2) La mayor disponibilidad de apoyo supone una mayor provisión de ayuda directa proveniente de la propia red, lo que se traduce en un mejor estado de salud
- 3) La red social actúa como modelo para la adquisición de conductas saludables que disminuyen el riesgo de padecer enfermedades.

### **3.2 Endocrinología del Aparato Genital Femenino**

#### **3.2.1 Hormonas esteroides**

Se denominan hormonas esteroides aquellas que poseen una estructura química semejante a la del colesterol. En la mayor parte de los casos son sintetizadas en las glándulas sexuales y en la corteza suprarrenal a partir del colesterol.

#### **3.2.2 Estrógenos**



Llamamos estrógenos a las sustancias capaces de provocar el estro en los roedores de laboratorio. Esta propiedad estrogénica corresponde ante todo a la hormona segregada por el folículo ovárico. Los estrógenos se producen fundamentalmente en el ovario, testículos, glándulas suprarrenales, placenta y en la grasa de la piel a partir del colesterol (Yen y Jaffe, 1990)

El ovario sintetiza fundamentalmente estradiol, en menor cantidad estrona y pequeñas cantidades de estriol. El estradiol es el estrógeno verdaderamente activo (8 veces más que la estrona) y cuya carencia con la declinación ovárica produce los trastornos en la mujer menopáusica (Yen y Jaffe, 1990)

### 3.2.2.1 Biosíntesis y metabolismo

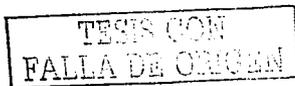
El estradiol de origen ovárico constituye alrededor de 90% del estradiol circulante.

Hay dos vías estrogénicas básicas: la vía de la pregnenolona y la vía de la progesterona, ya que éstos representan los precursores de todos los estrogénicos hormonalmente activos.

Los esteroides que van a ser sintetizados dependen de la naturaleza fisiológica de las células estereoidogénicas de la actividad de los sistemas enzimáticos inherentes.

Los ovarios y los testículos pueden sintetizar andrógenos y estrógenos empleando ambas vías. Es sabido que la corteza suprarrenal puede sintetizar además de glucocorticoides y mineralocorticoides, estrógenos y andrógenos aunque en menores cantidades en comparación a las que sintetizan las gónadas.

En el caso de la placenta esencialmente sólo produce progesterona a partir de colesterol. Para sintetizar andrógenos y estrógenos se requiere de la unidad fetoplacentaria. (Fig. 1)



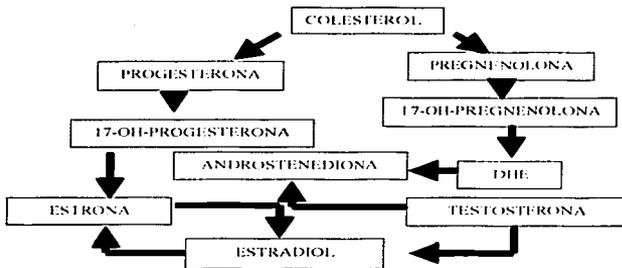


Fig. 1 Biosíntesis de hormonas esteroides (Adaptado de Speroff, L., 1989)

### 3.2.2.2 Mecanismo de acción

Los estrógenos al ser de naturaleza liposoluble atraviesan la membrana celular, ya dentro del citoplasma éstos forman un complejo hormona-receptor (H-R) que puede penetrar la membrana nuclear sin dificultad. El complejo H-R dentro del núcleo se unen al DNA para promover la formación de los mRNA los cuales a su vez dirigen la formación de nuevas proteínas modificadoras de la función celular a nivel del citoplasma.

Las proteínas sintetizadas tienen diversas funciones; estructurales, enzimáticas, de protección celular, receptores, o sustancias estimuladoras entre otras funciones.

Se sabe que debido al efecto que tiene la hormona sobre el núcleo se realizan en el citoplasma reacciones en cascada que pueden amplificar y multiplicar el efecto

Estos efectos incluyen los producidos sobre la descarga neuronal en el encéfalo y –posiblemente- los de retroalimentación sobre la secreción de la gonadotropina. La existencia de estos efectos ha dado lugar a la hipótesis de que adicionales a las acciones genómicas, los estrógenos presentan efectos no genómicos los cuales tal vez se median por receptores de membrana. (Ganong 1999).

### **3.2.2.3 Efectos sobre órganos y tejidos**

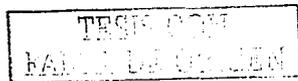
La unión de los estrógenos a sus receptores provoca efectos específicos dependiendo del tipo de órgano y / o tejido involucrado. Dentro de éstos podemos mencionar que provocan hipertrofia ( aumento del tamaño celular) e hiperplasia (aumento del número de células), así como el depósito de calcio, entre otros efectos (ver cuadro 1)(Anexo 7).

## **3.3 Climaterio**

### **3.3.1 Concepto y cambios hormonales**

Climaterio proviene del griego climax que significa: cumbre, escalón, terminación del ascenso e inicio del descenso. Según la sociedad Internacional de Menopausia (fundada en 1976) se aceptó en su primer la definición de Climaterio, como el "Período de transición de un estado reproductivo a uno no reproductivo".

En el mismo congreso se definió a la menopausia como: un evento que sucede durante el climaterio y se caracteriza por una amenorrea fisiológica permanente de hasta un año. A pesar del aumento de la esperanza de vida en la mujer la cual supera actualmente a la del hombre, la edad de la presentación de la menopausia no se ha modificado en nuestro medio y continua ocurriendo entre los 45-55 años, con un promedio de 51 años.



Históricamente la primera descripción escrita del hombre refiriéndose a la menopausia se encuentra en la Biblia con Abraham en el Génesis. En 1800 se acuña en Francia la palabra "Menopausia" para conjuntar toda la sintomatología del padecimiento siendo Fichera en 1905 quien inicia el estudio del síndrome climatérico al demostrar alteraciones histológicas en la hipófisis de animales castrados (Zárate A. 1998). Aunque la síntesis de estrógenos tanto naturales como artificiales data de 1934-1951 con Pinkus, y en 1996 Allen, Dois y Buternandt precisan la fórmula del estradiol, estrona y estriol, iniciando la terapia estrogénica. Es hasta 1970 cuando se informa de los riesgos de estrógenos administrados indiscriminadamente con la presencia de cáncer endometrial y mamario. Hellman y Voda en 1975 mencionan el dilema terapéutico al aseverar "Quieren curar a las mujeres de ser mujeres, quieren curarlas de la menopausia" (Carranza L. 1999).

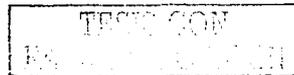
### **3.3.2 Factores que influyen en la edad de la menopausia**

Se ha correlacionado también la edad de la menarquía así como el número de hijos con la edad de la aparición de la menopausia. Se ha planteado que si la menarquía es precoz, la menopausia podría ser más tardía y un número importante de embarazos retrasa su edad de aparición (Lugones B. et al. 2001).

Un factor que tiene efecto verdadero sobre la edad del inicio de la menopausia es el tabaquismo, el cual la precipita hasta dos años ya que favorece la inactivación de los estrógenos por activación de la 2-hidroxilación hepática (Lugones B. et al. 2001).

### **3.3.3 Fases del climaterio**

La diferencia entre menopausia y climaterio es que la primera indica la última menstruación, es decir el momento del cambio del estado funcional a la pérdida de la actividad del ovario mientras que el climaterio se refiere a los cambios



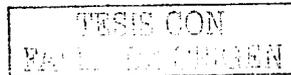
biológicos y psicológicos asociados con la menopausia, siendo este evento puramente hormonal. Así la perimenopausia -definida como la etapa transicional amplia, que incluye los cambios de la fisiología del ovario en la instalación gradual del proceso de senescencia- se considera que inicia cuatro años antes del cese de la menstruación y postmenopausia correspondería a los años posteriores a la menopausia.

El climaterio ha sido arbitrariamente dividido en: climaterio temprano 35-45 años, climaterio perimenopáusico 46-55 años, climaterio tardío 56-65 años. Estudios realizados en México estiman que la edad de presentación de la menopausia es de 39-59 años, con una media de 45.5 años (Jiménez de Luque., 1995).

### 3.3.4 Epidemiología

En 1990 la población femenina en México ascendía a 41.4 millones, que representaba el 50.9% de la población total, por otro lado, la población femenina en los últimos veinte años registra un crecimiento medio anual de 2.7% inferior al registrado de 1950 a 1970 cuando fue de 3.2 %: con un ritmo de crecimiento en 1990 distinto en las entidades federativas: mientras en Quintana Roo el crecimiento fue de 9%, en el Distrito Federal fue de sólo el 0.9%, con una concentración mayor de mujeres en el Estado de México, Distrito Federal y Veracruz, y menor en Baja California Sur, Colima y Quintana Roo.(SSS-Epidemiología, 1990)

El número de nacimientos registrados en 1997 en los estados Unidos Mexicanos fue de 2,698,425. con una población total en el mismo año de 93,716,332 habitantes. Desplegándose por grupos de edad en 1997 a nivel nacional refleja:



RANGO DE EDAD	POBLACIÓN
35 a 39 años	3,140,781
40 a 44 años	2,517,816
45 a 49 años	2,048,721
50 a 54 años	1,602,584
55 a 59 años	1,400,036.
60 a 64 años	1,221,724
más de 65 años	2,469,004.
sumando un total de	11,931,662 .

Reflejando el 12.7 % de la población total para ese año. Se ha estimado que en el mundo habrá para el año 2005, una población de 719,000,000 mujeres mayores de 45 años representando el 65% en países en desarrollo (Carranza L., 2000).

La primera causa de mortalidad en la época del climaterio son enfermedades cardiovasculares, manifestándose en 70/100,000 habitantes en 1991, es importante mencionar que 1 de cada 9 mujeres entre los 45 y 64 años- tienen alguna enfermedad vascular, esta relación aumenta a 1 de cada 3 después de los 65 años y 1 de cada 2 mujeres llegará a fallecer de problemas cardiovasculares (Langer y Romero., 1994)

La aterosclerosis es la causa más común tanto en México como en Estados Unidos en un 40 %: la coronariopatía 29% y en un 8% los accidentes cerebrovasculares. Así la relación sobrepeso-mortalidad en mujeres con 40 % o más de sobrepeso aumenta significativamente la mortalidad por cáncer. El cáncer mamario es la segunda causa de mortalidad en la mujer. De acuerdo a la localización y frecuencia de las muertes por cáncer se mencionan las cinco principales: 1. mama 2. pulmón. 3. colon y recto 4. útero. 5. leucemias y linfomas (Langer y Romero . 1994).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El tabaquismo representa el 80% de los casos de cáncer pulmonar, afectando a 15,000,000 de mexicanos mayores de 15 años, y es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer (Langer y Romero., 1994).

### **3.4 Síndrome climatérico**

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

#### **3.4.1 Síntomas vasomotores (sofocos, parestesias, palpitaciones, cefaleas, vértigos, hipertensión)**

En el origen de los bochornos actúan los opioides, la dopamina y la noradrenalina, con aumento de la liberación de: hormonas adenohipofisarias - Adrenocorticotrópicas (ACTH) Luteinizante (HL)-, b-endorfinas, y cortisol, por activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, se ha comprobado durante los sofocos aumentos en los péptidos de la proopiomelanocortina (POMC) asociados con los pulsos de la HL, Destacándose el rol del hipotálamo en la producción de los trastornos vasomotores al liberar simultáneamente estas dos neuro-hormonas (Zarate Y Mac Gregor., 1998).

La estrecha relación entre los sofocos y la aparición de los pulsos de HL sugiere la participación de los opioides en el mecanismo responsable de los mismos; sin embargo, la acción de la naloxona sobre las oleadas de calor es muy variable (Zarate Y Mac Gregor., 1998).

### **3.5 Alteraciones psíquicas y factores que influyen en el climaterio**

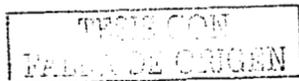
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los síntomas psicológicos asociados a la menopausia incluyen ansiedad, depresión, bochornos, irritabilidad, insomnio -con incremento al momento de dormir de los movimientos oculares rápidos-, disminución de la libido, fatiga, nerviosismo, cefalea, dolor articular y muscular, palpitaciones, olvido, cuyo origen es por efecto hormonal ya que las hormonas ováricas pueden afectar a las catecolaminas en el sistema nervioso central, se ha descubierto que la concentración de dopamina disminuye y que la de noradrenalina aumenta en el hipotálamo luego de la gonadectomía y que estos efectos pueden ser revertidos con el uso de estrógenos (Zárate Y Mac Gregor., 1998).

### 3.5.1 Depresión

El término depresión puede referirse a un estado de ánimo, a un síntoma o a un síndrome. Un estado de ánimo deprimido es una emoción humana normal que todos experimentamos en un momento u otro. Los sentimientos de tristeza y desencanto forman parte de la experiencia normal. La depresión se convierte en un síntoma patológico en virtud de su intensidad, duración e interferencia con el funcionamiento social o fisiológico (Zarate Y Mac Gregor., 1998).

Los receptores de esteroides sexuales en el sistema nervioso central y en particular en el hipotálamo, sistema límbico y corteza cerebral modula el metabolismo de neurotransmisores y neuropéptidos opioides, se encuentran implicados en la regulación del estado afectivo, lo que hace que la mujer climatérica sea vulnerable a la presencia de síntomas psíquicos, que básicamente pueden agruparse en alteraciones del estado de ánimo y depresión (Río de la Loza-Cava y Col., 1996)



### 3.5.2 Influencia de la personalidad

La fase del climaterio coincide con la fase media de la vida de la mujer y con expectativas de cambio condicionadas por el paso del tiempo.

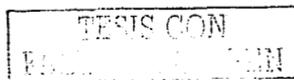
La personalidad de la mujer es decisiva a la hora de afrontar esta etapa. Wan Keep y Proll (1975) (citado por Jiménez de Luque., 1995) descubre cuatro tipos de respuestas:

**Adecuada:** supone una buena adaptación a los síntomas propios del climaterio. Ello implica disposición y esfuerzo para superar cualquier situación de crisis o estrés. Generalmente, pertenecen a este grupo las mujeres cuyo mecanismo de compensación es su armonía en el seno materno, su desarrollo personal, su adaptación general.

**Personal:** esta respuesta se da en una personalidad poco desarrollada. Su aceptación es pasiva y se encuadran dentro de este grupo las mujeres de niveles socioeconómicos bajo, medio, rural y de bajo nivel cultural.

**Neurótica:** su actitud es negativa y sus expectativas ante el climaterio son malas. Sufren con intensidad los síntomas, predominando la sintomatología psíquica y son incapaces de adaptarse a esa nueva situación debido a la estructura rígida de su personalidad.

**Activa:** esta conducta se observa en las personalidades dinámicas. Niegan o reprimen los posibles síntomas derivando la atención hacia la realización de actividades domésticas, profesionales, sociales y culturales. No cabe duda que estas estrategias ayudan a superar la crisis.



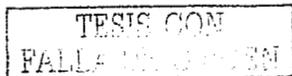
### 3.5.3 Factores familiares

El núcleo familiar está formado por el marido y los hijos, la familia constituye el grupo que más influencia ejerce sobre la persona. La mujer que ha elegido un papel limitado a ser ama de casa es posible que no pueda desarrollar sus propios intereses personales.

Una relación deficiente con la pareja, los hijos y una mujer sin intereses propios provoca un fuerte sentimiento de vacío y frustración y hace que la mujer se vuelva apática, sin interés, con frecuencia abandona incluso su aspecto físico, carece de ilusiones. El entorno familiar influye de manera positiva cuando la mujer asume su papel sin conflicto, la relación de pareja es armoniosa y el trato con los hijos es bueno (Jiménez de Luque., 1995).

Tocante a la pareja, la declinación sexual del varón, coincide con la fase de climaterio si a esto se agrega la dedicación exagerada del hombre al trabajo, y otros conflictos que entorpecen la comunicación entre la pareja, la mujer tiende a responder adoptando actitudes exageradas de culto al cuerpo, fanatismo político o religioso, intensidad de relaciones sociales, o bien buscando refugio en los hijos, o adoptando una posición de aislamiento con sensación a veces de culpabilidad o fracaso (Jiménez de Luque., 1995).

En cuanto a la relación con los hijos, hay mujeres que han centrado su vida en ellos, han ejercido el papel de madre protectora pendiente de todo. Aquellas madres que tienen la necesidad de ser indispensables superan con dificultad la marcha de sus hijos. En cambio las madres que tienen intereses propios y cuando ha llegado la edad de liberarse y ser ella misma, la salida de los hijos no suele constituir motivo de tensión. (op. cit)



### **3.5.4 Factores socioculturales**

La presión social y el envejecimiento natural que tiene la mujer repercute en algunas conductas y condiciones de vida Brunner y Suddarth (1985) (citado por Jiménez de Luque., 1995):

Baja autoestima.

Sentimiento de pérdida de atractivo.

Consideración social del envejecimiento como causa de minusvalía física y mental.

Pérdida de recursos y papel social que afecta al status y al prestigio.

Pérdida del papel en el trabajo con sensación de inutilidad y disminución de la valía.

Pérdidas socioeconómicas que afectan a la posición social.

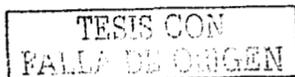
Estudios sobre tipo de integración en el contexto social revelan que existe mayor probabilidad de alteración psicológicas en (Jiménez de Luque., 1995).

1. Mujeres con nivel socioeconómico bajo.
2. Mujeres con bajo nivel cultural y con difícil acceso a la información.
3. Mujeres cuyo status personal carece de la estabilidad necesaria para el mantenimiento de un equilibrio psicoemocional, como son los casos de infidelidad, divorcio, etc.
4. Aislamiento social y soledad. Esta situación puede producir trastorno físico y mental ([www.amec.com.mx](http://www.amec.com.mx)).

## **3.6 Alteraciones Metabólicas**

### **3.6.1 Piel y Mucosa**

La piel no sólo es un órgano importante para la acción de los estrógenos, sino también para la mujer por estar a la vista y ser al mismo tiempo una forma de



comunicación visual entre las personas. Cualquier cambio negativo que se presente, influye desfavorablemente en la presencia femenina y crea un impacto psicológico negativo. (Zarate y Mc Gregor., 1998)

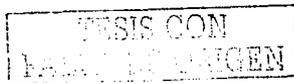
La piel sufre su proceso normal de envejecimiento con disminución del contenido de colágeno: piel y tejido conjuntivo pierden turgencia, produciéndose adelgazamiento con pérdida de elasticidad, atrofia, sequedad, prurito y en algunos casos caída de cabello. Este proceso comienza en la década de los 40 años, algunas veces antes y se intensifica después de la menopausia, renovándose el estrato córneo más lentamente, con adelgazamiento de la dermis. (op. cit)

Se ha detectado en la piel de mujeres posmenopáusicas un menor número de glándulas sudoríparas. Las uñas se tornan frágiles y en algunos casos algunas mujeres necesitan usar colirios o lágrimas artificiales para humedecer sus conjuntivas que se encuentran sumamente secas. ( op. cit)

### **3.7 Alteraciones Genitourinarias.**

Se conoce con el nombre de envejecimiento urogenital a aquellos síntomas urogenitales que se presentan como consecuencia de la deficiencia estrogénica durante la posmenopausia. El epitelio vaginal se adelgaza y se torna inelástico, produciendo atrofia y sequedad de la mucosa vaginal, prurito y dispareunia; urgencia e incontinencia urinaria, nicturia y predisposición a contraer fácilmente infecciones urinarias. Estas alteraciones comienzan alrededor de los 60 años y se prolongan por el resto de la vida. ( SSA.-Juntos por la Salud, 2000)

La caída de los estrógenos durante la posmenopausia disminuye el flujo sanguíneo en el tracto urogenital bajo, condicionando la aparición sintomatológica. Se ha hallado que mujeres de 61 años presentan 48,8% de trastornos vulvo vaginales. 29 2% incontinencia urinaria y 13% infección urinaria recurrente (Voda Ann, 1992).



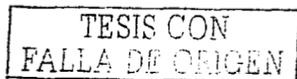
En el músculo del ano y en el ligamento redondo, así como en la uretra femenina han sido encontrados receptores de estrógenos y de progesterona. Al descender los niveles de estrógenos disminuye el flujo sanguíneo, al igual que la secreción glandular, por lo que se hace presente la sequedad vaginal, generalmente el primer síntoma que hace su aparición a nivel local en el tracto genital bajo acompañándose de dispareunia en la mujer sexualmente activa. (Voda Ann, 1992)

La falta estrogénica afecta directamente al tejido conectivo, especialmente los ligamentos uterosacos, con pérdida del soporte de los órganos pélvicos, pudiendo éstos colapsarse y originando la incontinencia urinaria, debido al descenso vesical se presenta el cuadro de orina residual en la vejiga. El epitelio urogenital se torna atrófico y rígido. En la mucosa vaginal baja el contenido de glucógeno, desaparecen los bacilos de Doderlein, se incrementa el pH vaginal y se hacen presentes infecciones en vagina y vejiga, las cuales no ceden si a la terapia sintomática no se le adicionan estrógenos por vía local y sistémica. (Voda Ann, 1992)

### **3.8. Osteoporosis**

Se define la osteoporosis como una enfermedad esquelética sistémica, caracterizada por una masa ósea baja y una alteración microestructural del tejido óseo, con el consiguiente aumento de la fragilidad ósea y la susceptibilidad a la fractura.

Se trata de una alteración cuantitativa, ya que hay menos hueso, el que queda es normal. Esta pérdida de masa ósea conlleva un incremento en el riesgo de fractura, principalmente de cadera, columna y muñeca, más concretamente de Colles (parte distal del radio). En estado avanzado de la enfermedad, los huesos son tan frágiles que no pueden soportar la tensión mecánica de la actividad



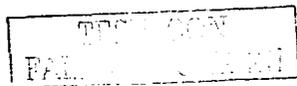
cotidiana y pueden fracturarse de forma espontánea o ante el mínimo traumatismo.

Los huesos se componen, principalmente, de cristales de calcio que le dan su dureza, fortaleza y rigidez, y de fosfato depositado en una matriz compuesta por fibras proteicas, fundamentalmente colágeno y que dan al hueso cierta flexibilidad. El 99% del calcio corporal está en el hueso. El esqueleto tiene dos tipos de hueso: trabecular o esponjoso y cortical o compacto. El primero existe al nivel de las epífisis de los huesos largos y de los cuerpos vertebrales. El segundo se halla en los huesos planos y en la diáfisis de los huesos largos.

El hueso no es un tejido inerte, sino un tejido en continua renovación. Este proceso, en el cual el organismo está incesantemente destruyendo (osteólisis) y construyendo (osteogénesis) tejido óseo, se denomina remodelación ósea.

Esta actividad está mediada por las hormonas calcitonina y parathormona. La primera actúa sobre sus receptores en las células formadoras de hueso, los osteoblastos, mientras que la parathormona actúa en sus receptores en los osteoclastos, células que realizan la resorción ósea. Estas actividades serán a su vez estimuladas dependiendo de la concentración de calcio sanguíneo (calcemia). La concentración de calcio plasmática es una variable regulada que debe mantenerse entre límites estrechos y depende exclusivamente de asas de control humorales (calcitonina y PTH).

La alteración en el balance entre cantidad de hueso reabsorbido y posteriormente formado, y la frecuencia de la aparición de unidades nuevas de remodelación en las superficies óseas, son las que determinan las modificaciones histológicas que tienen lugar en el hueso en las enfermedades metabólicas y en la mayoría de las demás que le afectan. La remodelación está mediada por los efectos beneficiosos o metabólicos, nutritivos, mecánicos entre otros. Los estrógenos estimulan la secreción de la calcitonina, la cual aumenta el depósito de calcio en el hueso.



### 3.9 Condiciones de salud de la mujer

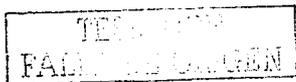
Las mujeres enferman y mueren de manera diferente a los hombres, además de que la situación social de la mujer está en estrecha correlación con su morbilidad y mortalidad.

En consecuencia, las expectativas sociales que se tienen de las mujeres están en estrecha relación con aquélla que la misma mujer percibe, interioriza y define como enfermedad.

Otros estudios han señalado también que la misma formulación de informes estadísticos sobre la salud de las mujeres está influida por determinaciones de género. Algunos ejemplos podrían aclarar este punto: los registros de mujeres que presentan heridas por violencia doméstica (en el 87% de los casos el hombre es el agresor y en el 90% la víctima es la mujer), están subestimados en las estadísticas oficiales, debido a que no se menciona ni se denuncia a los agresores tampoco se establece cómo sucedió la agresión (Campero-Cuenca 1996).

Generalmente, cuando se llegan a registrar estos casos quedan clasificados como accidentes. De ahí que la Organización de las Naciones Unidas sostenga que la violencia contra las mujeres es el crimen encubierto que más se da en el mundo. La falta de identificación del problema de la violencia contra la mujer tiene como resultado que no se imputen responsabilidades, lo que contribuye a perpetuar el fenómeno (Campero-Cuenca 1996).

Por otra parte algunos estudios informan que en el mundo, dos de tres mujeres sufren de anemia crónica, desnutrición y fatiga severa y, como consecuencia, presentan una mayor susceptibilidad a infecciones de los aparatos respiratorio y reproductivo. La fatiga acumulada en las mujeres tiene una base importante en la falta de una buena nutrición y en la cantidad de obligaciones y deberes sociales



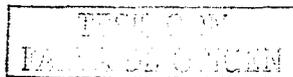
que se les asignan por el mero hecho de ser mujeres (Langer Ana y Romero Mariana., 1994).

Para muchas, el trabajo de la casa y el cuidado de los hijos implica una ocupación de tiempo completo, mientras que para otras constituye una doble jornada, ya que gran número de madres solteras, mujeres abandonadas o divorciadas, tienen a su cargo el cuidado y sustento total de la familia. Algunos estudios indican que -en general- estas mujeres son más vulnerables al estrés y al aislamiento social (Campero-Cuenca 1996).

La falta de información, educación y apoyos sociales para las mujeres tiende a hacer aún más vulnerable su situación de salud. La vinculación entre la condición de género y la salud es tan clara, que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud han sugerido que lo importante para la salud de las mujeres no es tanto la educación en salud, sino la alfabetización y el acceso a la educación en general, ya que esto último se asocia con procesos de empobrecimiento que redundan en la salud de las mujeres (Campero-Cuenca 1996)

Por otra parte, en la mayoría de las sociedades las mujeres están sobre representadas en los estratos socio-económicos bajos, donde es conocida la incidencia de niveles de educación y salud más bajos. Aunque la pobreza en algunos estratos sociales es sumamente severa tanto para mujeres como para hombres, se ha señalado que "los riesgos de pobreza son mucho mayores para las mujeres que para los hombres [dado que] en cada uno de los estratos sociales las mujeres controlan menos recursos que los hombres (Campero-Cuenca 1996)

Los datos disponibles acerca de la salud de las mujeres en el climaterio se limitan a los correspondientes a morbilidad y mortalidad del grupo etáreo mayor de 50 años. Como causa de muerte en mujeres entre 45 y 59 años, el cáncer ocupa el primer lugar y los problemas cardiovasculares, el segundo; la relación se invierte

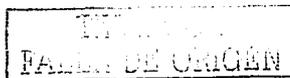


para las mayores de 60 años, etapa en la cual las defunciones por problemas cardiovasculares son tres veces mas frecuentes que las atribuibles a neoplasias (Langer Ana y Romero Mariana., 1994)

La relación entre cánceres ginecológicos y menopausia (en tanto etapa de cambios hormonales) no es claro; por el contrario, los problemas cardiovasculares sí son consecuencia directa del descenso de hormonas sexuales posterior a la menopausia. La diabetes, cuya frecuencia también aumenta sustancialmente durante esta etapa, se encuentra asimismo entre los primeros lugares (Campero-Cuenca 1996)

Si se estudia la morbilidad hospitalaria, encontramos una situación similar: entre 45 y 46 años la diabetes ocupa el primer lugar, las enfermedades del corazón, los cánceres ginecológicos y las enfermedades del sistema osteomuscular, se ubican en los diez primeros lugares como causa de morbilidad hospitalaria (Langer Ana y Romero Mariana., 1994).

Es importante recordar que estas enfermedades crónicas, no transmisibles, se presentan en un contexto en el cual los padecimientos infecciosos y carenciales continúan siendo un problema de primera magnitud. En efecto, las mujeres mayores de 45 años en México mueren también de diarrea, infecciones respiratorias y renales. Este perfil de salud es propio de los países que aún no completan la transición epidemiológica: los problemas de salud característicos del subdesarrollo se superponen a aquellos propios de una población de edad avanzada. Ello representa una carga obvia para la población y determina una competencia por los escasos recursos financieros, humanos y materiales disponibles para la atención a la salud (SSA. Epidemiologia. 1990).



#### IV Planteamiento del Problema

Uno de los objetivos de los programas de salud en México y en el mundo en los últimos años ha sido aumentar la cobertura, sin embargo estos objetivos están lejos de haberse logrado, la demanda de uso de servicios de salud va en aumento al incorporarse un porcentaje cada vez mayor de grupos de población como los ancianos y las mujeres menopausicas

El estudio del contexto social y fisiológico de la menopausia es importante por varias razones. La primera es porque tiene una alta prevalencia, actualmente la esperanza de vida para la mujer mexicana es de 73.08 años y la edad promedio en la que aparece la menopausia es a los 45 años. Con la disminución de la mortalidad materna y de las enfermedades infecciosas, la esperanza de vida de las mujeres se está incrementando, por lo tanto, mas mujeres vivirán aproximadamente 30 años en estado de postmenopausia (SSA-Juntos por la Salud Menopausia 2000)

La segunda razón es porque en algunas mujeres la menopausia está asociada con su propia morbilidad. La tercera razón es porque se ha sugerido que la menopausia actúa como un factor de riesgo para la mortalidad temprana de las mujeres debido a las enfermedades crónicas asociadas a la menopausia.

Existen múltiples factores que limitan la utilización de los servicios de salud entre la población como son los culturales, derechohabencia, socioeconómicos, percepción del estado de salud, calidad de los servicios o el más común en la población rural o urbana como es la falta de ingreso económico que puede estar impidiendo el uso de los servicios de salud tal y como se ha reportado a partir de los datos encontrados en la II Encuesta Nacional de Salud (SSA-Epidemiología 1990)

En el caso de grupos de población específicos como en los ancianos, se han señalado factores que los inducen a utilizar los servicios de salud y esta



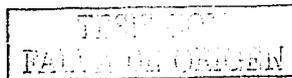
información permitiría la planeación de los servicios para esa población en específico, sin embargo en el caso de las mujeres menopáusicas entre 45 y 64 años de edad, no se han descrito totalmente los factores que determinan el uso de los servicios de salud.

Como ya se ha comentado, en la menopausia las mujeres pueden llegar a enfrentar cambios en diferentes aspectos de su vida; fisiológicos, psicológicos, en su familia -entre otros- que están involucrados en su necesidad de atender o corregir esos cambios y la pregunta que intentamos contestar con este trabajo es: ¿Cuáles son las variables médicas, de servicios de salud y psicológicas que influyen en la decisión de las mujeres posmenopáusicas entre los 45-64 años para utilizar los servicios de salud?

#### **4.1 Justificación**

La pregunta obligada para el Sistema Nacional de Salud está relacionada con la importancia que tienen dentro de su jerarquía de atención a la salud el climaterio y la menopausia. El incremento en la longevidad en la mujer entre muchos otros factores, elevará el número de mujeres que ingresarán a la menopausia en las próximas décadas, mujeres de 40 años o más, que actualmente representan el 23,21 % de la población femenina del país (11,454,810 en 1999), y que se estima ascenderán al 27.03% (14,486,644) y al 30.82% (17,449,757) en los años 2005 y 2010, respectivamente.

Las características de los problemas de salud de esta etapa como las enfermedades cardiovasculares, osteoporosis -entre otras- y la complejidad de las acciones que se requieren para enfrentarlos y la inevitable limitación de los recursos, hacen imprescindible una planeación racional que permita dar una respuesta efectiva. En 1998 dentro del Programa Nacional de Salud Reproductiva se presentó un programa para el climaterio y la menopausia, al mismo tiempo está por aprobarse la Norma Oficial Mexicana para el Manejo del Climaterio.



El conocimiento de las variables, o las determinantes, en la utilización de los servicios de salud de las mujeres menopáusicas contribuiría a diseñar las políticas y/o programas para mejorar la atención en este sector de la población, pues de continuar las tendencias de una falta de tratamiento farmacológico o en su caso de la terapia hormonal de reemplazo, padecimientos como la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares o cualquier otra asociada con la deficiencia hormonal en las mujeres climatéricas, no podrán ser atendidos porque no habrá recursos suficientes.

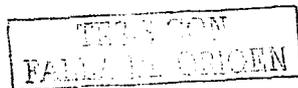
## **4.2 Objetivos**

### **4.2.1 General**

Determinar el papel de las variables médicas, de servicios de salud o psicológicas que influyen en la decisión de las mujeres de 45 a 64 años para utilizar los servicios de salud.

### **4.2.2 Específico**

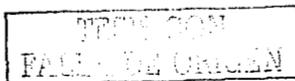
1. Identificar las características sociodemográficas de una muestra de mujeres entre 45 – 64 años que radican en la jurisdicción sanitaria de Tlalnepantla.
2. Conocer los servicios con los que cuenta una muestra de mujeres entre 45 – 64 años que radican en la jurisdicción sanitaria de Tlalnepantla.
3. Conocer las condiciones de salud general e historia reproductiva de mujeres entre 45 – 64 años que radican en la jurisdicción sanitaria de Tlalnepantla.
4. Identificar los síntomas después de la menopausia de mujeres entre 45 – 64 años que radican en la jurisdicción sanitaria de Tlalnepantla.
5. Identificar los factores de uso de los servicios de salud en mujeres entre 45 – 64 años que radican en la jurisdicción sanitaria de Tlalnepantla.



6. Identificar la red de apoyo social de las mujeres entre 45 – 64 años que radica en la jurisdicción sanitaria de Tlalnepantla.
7. Analizar la relación entre Ingreso económico y visita al médico debido a los síntomas de la menopausia.
8. Analizar la relación entre algunos síntomas de la menopausia y visita al médico debido a los síntomas de la menopausia.
9. Analizar la relación entre la información que tienen sobre la menopausia y visita al médico debido a los síntomas de la menopausia.
10. Analizar la relación entre el apoyo emocional e instrumental de las redes sociales de apoyo y visita al médico debido a los síntomas de la menopausia.
11. Analizar la relación entre el número de hijos vivos y el número de consultas al año.

#### 4.3 Hipótesis

- 1) Las mujeres entre 45 – 64 años de edad con ingreso económico alto visitan más al médico por síntomas de la menopausia que las de ingresos bajos.
- 2) Las mujeres entre 45 – 64 años de edad con síntomas relacionados con la menopausia visitan más al médico por síntomas de la menopausia que las mujeres que no tienen síntomas relacionados con la menopausia.
- 3) Las mujeres entre 45 – 64 años de edad con información acerca de la menopausia visitan más al médico por síntomas de la menopausia que las que no tienen información.
- 4) Las mujeres entre 45 – 64 años con escolaridad alta asiste un mayor número de veces a consulta al año que aquellas con poca escolaridad.
- 5) Las mujeres entre 45 – 64 años de edad con apoyo emocional e instrumental visitan más al médico por síntomas de la menopausia que aquellas que no lo tienen.
- 6) Las mujeres entre 45 – 64 años de edad con muchos hijos vivos asisten un mayor número de veces a consulta al año que aquellas con pocos hijos vivos.



## **V Metodología**

### **5.1 Definición de la población objeto de estudio**

La población objeto de estudio fueron mujeres entre 45 y 64 años que se encontraban en la postmenopausia y que fueran usuarias o no de los Servicios de Salud del Instituto de Salud del Estado de México, en los centros de salud que corresponde a la Jurisdicción Sanitaria 14 Tlalnepanitla.

#### **5.1.1 Criterios de inclusión.**

Mujeres de 45 años o más que pertenezca a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepanitla con más de un año de haber tenido su última menstruación.

#### **5.1.2 Criterios de Exclusión.**

Mujeres de 45 años o más con enfermedades crónicas en etapa avanzada, sin síntomas psiquiátricos evidentes.

**5.2 Tipo de investigación:** No experimental, transversal prospectivo analítico.

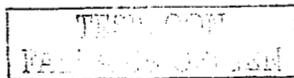
#### **5.3 Nivel y diseño de la investigación**

El presente fue un estudio descriptivo y de corte transversal

#### **5.4 Técnicas instrumentales para la recopilación de la información**

Se diseñó un instrumento aplicado a una muestra de mujeres el cual exploró 6 áreas:

- Identificación y caracterización socio demográfica
- Servicios con los que cuenta en su domicilio
- Salud general e historia reproductiva
- Síntomas después de la menopausia
- Uso de los servicios de salud

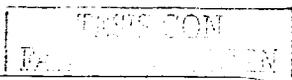


Redes sociales de apoyo. Dividido en apoyo instrumental (reactivos 61 y 65 del instrumento) y apoyo emocional reactivos 62,63,64,66 y 67.

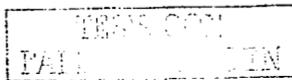
### 5.5 Definición y operacionalización de las variables

A continuación se detalla la definición y operacionalización de las variables empleadas en este estudio.

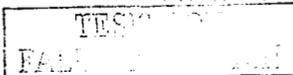
VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIA	ESCALA
Identificación			
Edad	Años de vida	Años cumplidos	De razón
Peso	Peso de la persona	Peso en Kg.	Intervalo
Estatura	Altura de la persona	Talla en cms.	Intervalo
Número de Hijos	Número total de hijos vivos y muertos	Número de hijos	De razón
Ocupacion	Oficio o actividad profesional remunerada o no	1) Trabajo remunerado 2) Trabajo en el hogar 3) Las dos opciones anteriores	Nominal
Escolaridad	Nivel de estudios de la persona	1) Ninguno 2) Sabo leer 3) Primaria 4) Educación media (secundaria) 5) Educación media superior (bachillerato, prepa o técnico) 6) Profesional (licenciatura)	Ordinal
Zona donde vive	Lugar de residencia	1) Urbana 2) Rural	Nominal
<b>II. SERVICIOS</b>			
Agua entubada	Conectada a la red de agua potable pública	1) Conectada 2) Sin conexión	Nominal
Luz	Contrato con la Compañía de Luz y Fuerza	1) Si tiene 2) No tiene	Nominal
Telefono	Contrato con alguna compañía telefonica	1) Si tiene 2) No tiene	Nominal
Drenaje	Las tuberías de desagüe de su casa están conectadas al drenaje publico	1) Estan conectadas 2) No estan conectadas	Nominal
Pavimento	Calles con banquetas, pavimentadas o con asfalto	1) Pavimentadas 2) Sin pavimento	Nominal
<b>III. ESTILO DE VIDA</b>			
Ingreso económico familiar	Recursos económicos del que dispone en su caso	1) Bajo (< de \$1200 pesos mensuales) 2) Medio (de \$1201 a \$3600 pesos mensuales) 3) Alto (mas de \$3600 pesos al mes)	Ordinal
Fuma	Tiene el hábito de fumar	1) Tiene el hábito	Nominal



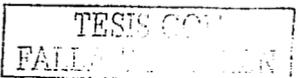
Consumo alcohol	Toma algún tipo de bebida embriagante	2) No tiene el hábito 1) Sí 2) No	Nominal
Realiza ejercicio	Corre camina anda en bicicleta, hace aerobics etc	1) Sí 2) No	Nominal
Lleva alguna dieta	Consumo algún tipo de alimento en especial en cantidad, calidad y frecuencia	1) Sí 2) No	Nominal
Realiza alguna actividad artística	Realiza alguna actividad plástica como pintura, escultura o bien sabe tejer, bordar, etc	1) Sí 2) No	Nominal
Consumo Calcio	Toma calcio como complemento alimenticio	1) Sí 2) No	Nominal
<b>IV SALUD GENERAL E HISTORIA REPRODUCTIVA</b>			
Edad de inicio de la menstruación	Edad en la que se presentó la primera menstruación	Años cumplidos	Razón
Último periodo menstrual	Cuando fue la última menstruación (Edad que tenía)	Años cumplidos	Razón
Utilizo píldoras anticonceptivas	Tomo algún medicamento para no embarazarse	1) Sí 2) No	Nominal
Presento algún problema de infertilidad	Alguna condición de su salud le impidió quedar embarazada	1) Sí 2) No	Nominal
Número de partos, abortos y cesáreas	Cuantos hijos tuvo por parto, cesárea y cuantos abortos	Número de hijos	Razón
Operaciones ginecológicas	Cirugías en la matriz	1) Ninguna 2) Histerectomía 3) Otra (Cuál)	Nominal
Enfermedades Crónicas	Mal de salud por periodos largos	1) Ninguna 2) Diabetes (diagnosticada y en tratamiento) 3) Hipertensión (diagnosticada y en tratamiento) 4) Artritis (diagnosticada y en tratamiento) 5) Otra (Cuál)	Nominal
Consumo algún tipo de tranquilizante o antidepresivo	Medicamento para prevenir alteraciones psicológicas	1) Sí (Cuál) 2) No	Nominal
Fractura de huesos	Ha sufrido fractura por ejemplo en brazo, antebrazo o cadera después de la menopausia o en los últimos 3 años	1) Sí (Cuál) 2) No	Nominal
<b>V SÍNTOMAS</b>			
Bochorno	Súbita sensación de calor en la cara, cuello y pecho asociado con un enrojecimiento difuso de la piel sobre todo de la cara acompañado de sudoración	1) Ausente (no ha presentado ningún episodio) 2) Moderado (de 1 a 5 episodios al mes) 3) Severo (mas de 5 episodios al mes)	Ordinal
Sudores	Se asocian muchas veces con los bochornos, pero en ocasiones se	1) Ausente (No ha presentado ningún episodio)	Ordinal



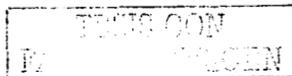
	presentan aislados, habitualmente se localizan en cara y manos o generalizados por todo el cuerpo. También aparecen por estrés, tensión emocional e ingesta de alcohol	2) Moderado (Ha presentado de 1 a 5 episodios al mes) 3) Severo. (Ha presentado más de 5 episodios al mes)	
Palpitaciones	Es la sensación subjetiva de percibir el latido cardíaco más frecuente y fuerte de lo normal. Coincide a veces con los bochornos pero no están relacionados con ellos	1) Ausente (No ha presentado ningún episodio) 2) Moderado (Ha presentado de 1 a 5 episodios al mes) 3) Severo (Ha presentado más de cinco episodios al mes)	Ordinal
Fatiga (astenia)	Es la disminución del rendimiento físico con cansancio y a veces agotamiento	1) Ausente (No se fatiga) 2) Moderado (En ocasiones se fatiga) 3) Severo. (Siempre se fatiga)	Ordinal
Irritabilidad	Es una manifestación de nerviosismo, como respuesta anormal y siempre desproporcionada, pronta y/o exagerada a los estímulos	1) Ausente (Nunca se ha irritado después de la menopausia) 2) Moderada (Algunas veces se irrita) 3) Severo. (Siempre se irrita)	Ordinal
Depresión (rasgos de)	Es un estado de ánimo especial que se caracteriza por cambios afectivos, sensación de automenoprecio, persistente decaimiento del estado de ánimo, incapacidad para tomar decisiones, pérdida de interés, dificultades de concentración, falta de esperanza, etc	1) Ausente. (Después de la menopausia nunca de ha sentido deprimida) 2) Moderado (Algunas veces se siente deprimida) 3) Severo (Se deprime casi siempre)	Ordinal
Ansiedad (rasgos de)	Es un estado de angustia. Se manifiesta por inseguridad, miedo, aprensión, preocupación por todo, sobre todo por su salud	1) Ausente- (Después de la menopausia nunca ha presentado ansiedad) 1) Moderado- (En ocasiones es ansiosa) 2) Severo (Siempre es ansiosa)	Ordinal
Vertigo	Mareos	1) Ausente Después de la menopausia no ha presentado vértigo 2) Moderado- Muy raramente ha tenido vértigo 3) Severo- Es frecuente que tenga vértigo	Ordinal
Insomnio	Es un trastorno de sueño y se presenta en diversas formas, dificultades para dormir, sueño ligero, despertar temprano	1) Ausente - (Después de la menopausia nunca ha tenido insomnio) 2) Moderado (Algunas veces ha tenido insomnio) 3) Severo- (Es muy frecuente que tenga insomnio)	Ordinal
Artralgias	Episodios dolorosos en las articulaciones sobre todo en la región cervical, hombros y rodillas	1) Ausente (Después de la menopausia no ha tenido episodios dolorosos en	Ordinal



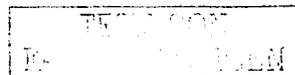
		articulaciones) 2) Moderado (Algunas veces ha presentado) 3) Severo - (Es común que tenga)	
Piel seca o Aspera	Modificaciones de la piel por cambios en la dermis y epidermis. la dermis pierde agua y elasticidad.	1) Ausente (Después de la menopausia no ha presentado piel seca o aspera) 2) Moderado (Presenta algunos cambios en la piel) 3) Severo- (Los cambio en la piel son muy evidentes)	Ordinal
Cefalea	Dolor de cabeza	1) Ausente. (Después de la menopausia no ha tenido cefaleas) 2) Moderada- (La presenta 1 vez al mes ) 3) Severa: (Presenta cefaleas mas de 1 vez al mes)	Ordinal
Sequedad vaginal	Cuando hay disminución o ausencia en la lubricación de la vagina o es sensible a infecciones exógenas.	1) Ausente. Después de la menopausia no ha presentado sequedad vaginal 2) Moderada. Si la presenta pero no le molesta en sus relaciones sexuales o ha presentado otro tipo de molestias 3) Severa. Si la presenta y le molesta en las relaciones sexuales y presenta otras molestias	Ordinal
Dolor en las relaciones sexuales	Dolor en la vagina cuando se tiene relaciones sexuales	1) Ausente Si después de la menopausia no ha tenido dolor en las relaciones sexuales 2) Moderado Si después de la menopausia ha tenido dolor en las relaciones sexuales pero no le impide tener relaciones sexuales 3) Severo Si después de la menopausia a la fecha es tan doloroso el acto sexual que le impide tener relaciones sexuales	Ordinal
Deseo sexual	Acercamiento erótico con una pareja	1) Ausente 2) 1 a 2 veces por mes 3) 1 a 2 veces por semana 4) Diario	Ordinal
<b>VI USO DE LOS SERV. DE SALUD</b> Es derechohabiente o usuarios de	Esta afiliada a alguna institución de salud o utiliza los servicios que ofrece el gobierno	1) SSA 2) IMSS 3) ISSSTE	Nominal



Cual es el principal motivo por el que asiste a consulta	Cual es el sintoma, dolor o tratamiento que le hace ir a consulta	4) Otro (Cual) 1) Por menopausia 2) Control de la menopausia 3) Otra (cual)	Nominal
Sabe que es la menopausia o climaterio	Sabe las causas y consecuencias de este estado	1) Si 2) No	Nominal
¿Cómo se informó?	El conocimiento que tiene sobre el tema como lo obtuvo	1) TV 2) Revista 3) Centro de salud 4) Por algún familiar.	Nominal
Ha visitado a su medico debido a alguno de los sintomas anteriormente mencionados	Acude al medico cuando se siente mal por sintomas de la menopausia	1) Si 2) No	Nominal
¿Cuándo fue la última vez que lo visito?	Hace cuando fue la última consulta	1) Esta semana 2) El mes pasado 3) Hace un año	Nominal
¿Qué hace para aliviar los síntomas de la menopausia?	Cual es su actitud cuando tiene los síntomas de la menopausia.	1) Ir al médico 2) Automedicación 3) Nada	Nominal
¿Sabe que es la terapia de restitución hormonal o tratamiento para la menopausia?	Sabe en que consiste el tratamiento hormonal para la menopausia y cuales son sus ventajas	1) Si 2) No (pregunta en serie, si responde que no pasa a otras preguntas)	Nominal
¿Lleva el tratamiento?	Se refiere a que si le recetaron el tratamiento	1) Si 2) No	Nominal
¿Se aplica el tratamiento?	Se toma la medicina conforme se le indica	1) Si 2) No	Nominal
¿Por que no se lo aplica?	Razon por la que no toma la medicina	1) Consecuencias (debido a las consecuencias que tiene el tomar hormonas) 2) No hay sintomas (Ya no tiene los sintomas) 3) Falta de informacion (no tiene informacion sobre los beneficios del consumo del tratamiento) 4) Otra razon. (anotarla)	Nominal
Conoce o utiliza otro tratamiento para aliviar los sintomas de la menopausia?	Toma algun remedio que no sea el indicado por un médico	1) Té o yerbas 2) Otro	Nominal
Cuando le recetan medicamento	El medicamento se lo dan o lo compra	1) No lo compra 2) Si lo compra 3) Se lo dan	Nominal
Cuando el medico le solicita algun examen de laboratorio	Atiende las indicaciones de su medico	1) Si se lo realiza 2) No se lo realiza	Nominal
En su centro de salud	Ha visitado al ginecologo	1) Si	Nominal



la han canalizado con el ginecólogo		2) No	
A que hospital la han mandado con el especialista	Nombre del hospital al que la envían	1) Hospital General 2) La raza 3) Centro Médico 4) Otro	Nominal
¿Al año cuantas veces asiste usted a consulta?	Numero de veces de consulta	Numero de consultas	De razón
<b>VII. REDES DE APOYO SOCIAL.</b>			
El año pasado ¿Cuanta ayuda, guía o información recibio de sus amigos y familiares mas cercanos?	Nivel de la expectativa de ayuda material, ayuda doméstica, prestar objetos o dinero, cuidar niños, etc	1) Ninguna 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Mucho	Ordinal
¿Cuanta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	Nivel de expectativas de ayuda emocional (sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y disponibilidad de alguien con quien hablar).	1) Ninguna 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Mucho	Ordinal
El año pasado ¿Que tanto apoyo emocional recibio de sus familiares y amigos mas cercanos?	Nivel de apoyo emocional recibido (sentimiento de ser amado y de pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien y disponibilidad de alguien con quien hablar)	1) Ninguna 2) Un poco 3) Regular 7) Bastante 8) Mucho	Ordinal
¿Que tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	Nivel de satisfacción del apoyo emocional, sentimiento de ser amado y pertenencia, intimidad, poder confiar en alguien	1) Nada satisfecho 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Muy satisfecho	Ordinal
Que tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron	Nivel de satisfacción del apoyo material recibido, ayuda doméstica, prestar objetos o dinero, cuidar niños etc	1) Nada satisfecho 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Muy satisfecho	Ordinal
¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	Frecuencia de insatisfacción o molestia de familiares o amigos	1) Muy poco 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Muy a menudo	Ordinal
¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	Frecuencia con la cual le llamaron la atención por su conducta	1) Muy poco 2) Un poco 3) Regular 4) Bastante 5) Muy a menudo	Ordinal



## 5.6 Tipo de muestra

Muestra aleatoria por racimos.

## 5.7 Tamaño de la muestra.

Para determinar el tamaño de la muestra se obtuvo el tamaño de la población de mujeres entre 45 - 64 años de la jurisdicción de Tlalnepantla, la cual según datos del 2001 proporcionados por la propia jurisdicción es de 43 666 de la cual el 35% es población con seguridad social y el 65% es población sin seguridad social, la cual se convierte en la población objeto de nuestro estudio.

Para calcular el tamaño de la muestra se considerará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{1 - Ne^2} \qquad n = \frac{43\ 666}{1 - 43\ 666 \times (0.05)^2}$$

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

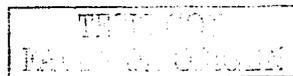
e= Error estándar de la población 0.05

( Namaleforosh Neshi, 1995)

Aplicando la fórmula se obtuvieron los siguientes resultados; el número de personas que formaron la muestra del estudio fue de 400.

## 5.8 Confiabilidad y validez

Se aplicó una prueba piloto a una población de mujeres mayores de 45 años y con las características de inclusión y exclusión ya comentadas.



Se aplicaron cuarenta cuestionario a residentes del área de Santa María Chiconautla en el Municipio de Ecatepec, lo cual permitió realizar correcciones en el planteamiento de varias preguntas del instrumento

La confiabilidad se obtuvo de la aplicación de una prueba estadística ( $\alpha$  de Cronbach) a los resultados de la prueba piloto

El  $\alpha$  de Cronbach arrojó los siguientes resultados:

- |                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| 1. Síntomas después de la menopausia | 0.80 |
| 2. Redes de apoyo social             | 0.80 |

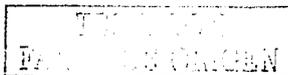
El resto de las secciones del cuestionario no se les aplicó la prueba por la falta de uniformidad en el número de opciones de respuesta.

La validez del instrumento se realizó mediante el desarrollo de constructos a partir del marco teórico y del análisis factorial donde se observa la agrupación en factores específicos que comparten grupos específicos (ver Anexo A6).



## 5.9 Procedimiento para la recolección de la información

Actividad	Información adicional
Desarrollo de cuestionario	
Aplicación de prueba piloto	Jurisdicción Ecatepec, aplicada por enfermeras en el centro de salud Santa Ma. Chiconautla
Corrección y afinación del cuestionario	
Aplicación del cuestionario en la Jurisdicción Tlalnepantla	Los cuestionarios (Anexo A3) los aplicaron los PRODIAPS. Se distribuyeron a través de cada jefe de los 17 centro de Salud (24 cuestionarios por centro de salud) . El PRODIAP obtuvo el cuestionario (3 cuestionarios) y una Hoja en la que se señalaron las indicaciones para aplicar el cuestionario (Anexo A2)
Recopilación de las encuestas	Los PRODIAPS entregaron los cuestionarios en su centro de salud y el director del centro de salud los canalizó de regreso a la jurisdicción sanitaria donde se concentraron todos los cuestionarios



## VI Resultados

Se utilizó el paquete estadístico SPSS V.10. para hacer una base de datos así como el análisis de los mismos. Se aplicó la prueba estadística de Ji cuadrada entre las variables que pudieron estar relacionadas con la utilización de los servicios de salud debido a los síntomas de la menopausia (Anexo 6).

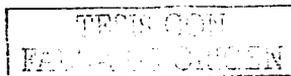
Se realizaron las gráficas de los resultados con el programa Excel.

Se aplicaron un total de 321 cuestionarios en Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepantla. Este número de cuestionarios aplicados representa un faltante de 79 cuestionarios respecto a los calculados en el tamaño de la muestra que fue de 400, la razón de esta diferencia es que tuvieron que anularse por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión o por estar incompletos. Los cambios que se observan en el tamaño de la  $n$  de las figuras es debida a la estructura del cuestionario, en algunas secciones la respuesta estaban condicionadas, por lo tanto la respuesta de una pregunta determinada estaba condicionada a la pregunta anterior.

### 6.1 Datos sociodemográficos

La edad de las mujeres que fueron entrevistadas tuvo una media de 56 +/- 5.36 años. El peso tuvo una media de 69 +/-10.9 kilos, en este mismo sentido la talla fue de 1.54 mts +/- 10.9 cm. Por otro lado el número de hijos vivos en promedio fue de 5.01 +/- 2.56 el número de gestas fue de 5.19 +/- 2.82.

La ocupación de la mayoría de las mujeres entrevistadas 73.1%, fue el trabajo en el hogar y sólo el 10.2% tiene un trabajo formal, el resto realiza ambas actividades simultáneamente (Fig.2). Con relación a la escolaridad el porcentaje mas alto de las entrevistadas 40.7 % estudió la primaria y en orden decreciente el 22.7% sabe leer, el 15.3 % no tiene estudios y el porcentaje de mujeres



profesionistas es de solamente el 3% (Fig.3).

### **6.2 Servicios con los que cuenta en su domicilio**

La zona donde viven es urbana y más del 95% cuenta con los servicios básicos; agua drenaje, pavimento, alumbrado público, mientras que el 82.4 % cuenta con teléfono.

### **6.3 Estilo de vida**

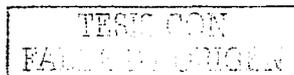
El ingreso económico familiar fue el siguiente: 46.7% tiene un ingreso menor a \$1200 pesos mensuales, 41.7% tiene un ingreso entre \$1200 y \$3600 al mes y 11.6% tiene un ingreso mensual familiar superior a \$3600 pesos mensuales (Fig.4).

Por otro lado mas del 80% de las entrevistadas no fuman, no consumen alcohol, no realizan ejercicio, no llevan ningún tipo de dieta especial ni realizan alguna actividad artística, aunque se observan variaciones en los porcentajes para cada una de las variables el tanto por ciento nunca fue menor al valor antes reportado. Aunque si se registró que un 21% de las entrevistadas consume calcio.

### **6.4 Salud General e Historia Reproductiva**

La edad de inicio de la menstruación fue de 12.9 +/- 1.49 años (Fig.5) y la edad de menopausia fue de 46.9 +/- 4.38 años (Fig.6). Con relación al uso de métodos anticonceptivos 41 % utilizó píldoras anticonceptivas el 94% no presentó problemas de infertilidad. Al 67.5 % no le realizaron ninguna operación ginecológica. En cuanto a las enfermedades crónicas 13.1% reporta Diabetes, 27.2 % Hipertensión, 6.7% Artritis (Fig. 7).

En el caso de la morbilidad de las mujeres mexicanas la información es limitada y los datos no están diferenciados por sexo.



En este estudio se encontró un 27.2% de mujeres menopáusicas con hipertensión arterial, 13.1% con diabetes y 6.7% con artritis.

Un 9.4 % consume tranquilizantes, siendo el mas frecuente el diazepam. Por otro lado el 13.0% ha presentado alguna fractura de huesos después de la menopausia, siendo las más comunes en mano y rodilla.

### **6.5 Síntomas después de la Menopausia**

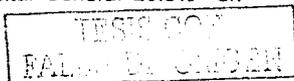
Dependiendo del tipo de síntoma, el porcentaje de mujeres que no presentaron síntomas fue entre un 30-50%, aunque algunos de ellos fueron mucho menos frecuentes como el dolor en las relaciones sexuales y el deseo sexual. Los síntomas más severos con más de un 10% fueron: bochornos, sudor, palpitaciones, fatiga, irritabilidad, depresión, ansiedad y dolor en articulaciones. Cuadro No.1 (Anexo 7).

El rango de edad entre 49 – 61 años se observa el mayor porcentaje de mujeres con síntomas de la menopausia, por abajo y por arriba de estas edades los porcentajes de mujeres con síntomas es menor (Fig. 8).

### **6.6 Uso de los Servicios de Salud**

El servicio de salud al que asiste un mayor número de personas es al IMSS 39.5% SSA 33% ISSSTE 15.5% y a otros servicios como Cruz Roja, Farmacias Similares y medico particular 12% (Fig.9).

La información anterior nos indica por una lado que las principales instituciones a las que asisten a consulta las mujeres encuestadas son el IMSS y SSA, y por el otro, que existe una doble utilización de los servicios de salud y se percibe que en está, los servicios de la SSA participa más, ya que un mayor porcentaje de mujeres han sido enviadas con el especialista al Hospital General 20.3% en



comparación con 7.7% a la Raza o 6.3% al Centro Médico.

El 15.5% asiste a consulta debido a la menopausia y 7.1% control de la menopausia, sin embargo el principal motivo por el que han asistido a consulta estos últimos 5 años ha sido por problemas relacionados con alguna enfermedad crónica o alguna otra causa 77.4% (Fig.10).

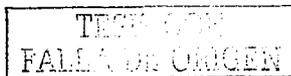
La mayoría de las entrevistadas sabe que es la menopausia 60%, la escolaridad de las mujeres determina su conocimiento acerca de lo que es la menopausia, a mayor grado de escolaridad, mayor es el número de mujeres que saben sobre el tema.

El principal medio a través del cual se ha informado el 42.4% acerca de la menopausia es por los Servicios de Salud a los que asiste y el medio que menos ha contribuido a la información son las revistas 8.3% (Fig. 11).

Regularmente el 41.3% no asiste a consulta por los síntomas relacionados con la menopausia y la mayoría (48%) fue por ultima vez al médico el mes pasado (Fig.12).

En aquellas mujeres que se manifiestan síntomas durante la menopausia, suelen ser muy intensos sólo entre el 10 - 20% de la población muestreada, ya sea con síntomas severos o moderados el 59.5% de las mujeres entrevistadas no hacen nada para aliviar los síntomas de la menopausia, el 35% va al médico y sólo el 5.6% se automedica (Fig 13).

En general el 78.4% no saben qué es la terapia de restitución hormonal y llevan el 22.1% el tratamiento hormonal; de aquellas personas que sí llevan el tratamiento el 29.5% si se aplica el tratamiento y el 69.9% no se lo aplica por: a) la falta información 41.4%. b) no tiene síntomas de la menopausia 34.3%, o c) por las consecuencias de la aplicación de hormonas 14.3% ( Fig. 14).



Un porcentaje importante de mujeres utiliza remedios tradicionales a base de te o yerbas (15.2%) para aliviar los síntomas de la menopausia, sin embargo el 81% no conoce otro tratamiento para aliviar los síntomas (Fig. 15).

En general siguen las indicaciones del médico y si hay que comprar medicamento lo compra 51.2% y el 88.5% si tienen que realizarse exámenes de laboratorio los realizan. A la mayoría 75.3% no la han canalizado con el ginecólogo. En el caso de la consulta de especialidad 18.1% han asistido en mayor porcentaje al Hospital General. El número de veces que asisten a consulta sin importar el motivo de la consulta al año es de 6.25 +/- 5.69.

Por rango de edad el porcentaje de mujeres entre 45 – 52 años y 53 –59 años que visitaron al medico debido a los síntomas de la menopausia fue mayor 38% que el porcentaje de mujeres que visitan al médico por la misma causa con edades entre los 60 –64 años (Fig. 16).

Las mujeres con ingresos bajo y medio (40 % y 53%) respectivamente, visitaron mas al médico debido a los síntomas de la menopausia que las mujeres de ingresos alto (Fig.17).

El porcentaje de mujeres que utilizó píldoras anticonceptivas y visito al médico debido a síntomas de la menopausia fue menor 37% en comparación con las que no utilizaron píldora y visitaron al médico 52% (Fig. 18)

En el caso de los síntomas de la menopausia como: bochornos, sudor, palpitaciones, fatiga, depresión y dolor de cabeza, el porcentaje de mujeres que vista al médico debido a los síntomas de la menopausia aumenta a medida que el sintoma se hace severo (Fig. 19-24).

Las mujeres con información acerca de la menopausia (35 %) no visitan mas a su médico debido a los síntomas de la menopausia comparadas con las que no saben qué es la menopausia 56% (Fig. 25).

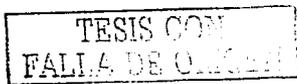
### **6.7 Redes de apoyo social**

El apoyo social esta integrado por el apoyo emocional, informacional e instrumental, pero debido a que en la practica es dificil separar el apoyo informacional del emocional aqui solo se considera al apoyo instrumental y emocional.

Las preguntas 61 y 65 del instrumento que se aplico están relacionadas con el apoyo instrumental que recibieron las mujeres entrevistadas; para su análisis se obtuvo el promedio de los extremos de los cinco niveles de respuesta y el de en medio se dejo con su valor, se formaron tres niveles que fueron; bajo, mediano y alto. Los resultados arrojaron que el 52.95% tuvieron un apoyo bajo, un 27.05 % un apoyo mediano y 20% un apoyo instrumental alto (Anexo A7, cuadro 2).

El apoyo instrumental se define como el préstamo de ayuda directa o servicios (ayuda doméstica, prestar objetos o dinero, etc.) lo que significa que muy pocas mujeres manifestaron haber recibido el apoyo instrumental o se sintieron satisfechas con el apoyo que les brindaron. Lo anterior destaca debido a que el 46.5% de las mujeres encuestadas tienen ingresos bajos.

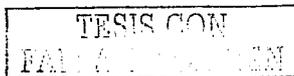
Las preguntas 62,63,64,66 y 67 del instrumento están relacionadas con el apoyo emocional, se realizo el mismo procedimiento para facilitar el análisis de estos datos que en el caso del apoyo instrumental. Se encontró que el 46.09 % tuvieron un apoyo bajo, el 23.74 % apoyo medio y 25.68% tuvieron un alto apoyo emocional (Anexo A7. cuadro 3)



El apoyo emocional esta relacionado con el sentimiento de pertenencia, tener intimidad y posibilidad de poder confiar en alguien, entre otros características. Cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas no cuenta con el nivel de apoyo emocional en la cantidad o calidad esperada.

Se aprecia un tendencia a incrementar el porcentaje de mujeres que visitan a su médico debido a los síntomas de la menopausia a medida que el apoyo emocional es mayor (Fig. 26).

Un componente importante de las redes sociales de apoyo son los familiares y particularmente los hijos , al comparar el número de hijos vivos contra el número de consultas al año no se observan diferencias alrededor de la media de número de hijos vivos (Fig. 27).



## VII Discusión

La brecha que existe entre el saber médico sobre la menopausia y su tratamiento y entre la información que tienen las mujeres acerca de la menopausia y el manejo de los síntomas y complicaciones, parece ser mayor cuando se consideran otros factores como el ingreso económico.

En este trabajo se detectó que el 46.7 % de las mujeres cuestionadas tenían ingresos menores a \$1200 pesos mensuales, el 41.7% con ingresos entre \$1200 – \$3600 pesos mensuales y sólo el 11.6% tenía ingreso mayores a \$3600.

En este sentido, hay que tomar en cuenta que el 33% de las cuestionadas acuden a los servicios de salud dependientes de la SSA y que uno de los inconvenientes en el uso de los servicios públicos es que no les dan -en la mayoría de los casos- el medicamento que necesitan, es decir que tienen que comprarlo.

El precio al público de las hormonas para un tratamiento de reemplazo oscila entre los \$60 y los \$3000 pesos por caja dependiendo de la presentación y dosis. Por mencionar algunos de los fármacos el Primolut Nor (Acetato de Noretisterona) tableta, Lutoral (Acetato de Clormadinona).

Suponiendo que el tratamiento que se recetara fuera el mas barato, la caja tiene 20 tabletas y la dosis recomendada es de una tableta diaria, por lo que aproximadamente se necesitaría una caja cada dos meses debido a que la administración en un mes se aplica y un mes no se aplica para llevar el tratamiento, lo que significaría que se estaría gastando entre \$60 y \$100 pesos cada dos meses, lo cual para una familia con ingresos menores a \$1200 pesos mensuales significa menos del 10% de los ingresos; si ahora pensamos que el medicamento recomendado es el Cycrin, debido a que cuesta alrededor de \$3500 pesos se reducen las posibilidades de llevar un tratamiento hormonal sustitutivo para muchas mujeres porque sencillamente no estaría a su alcance.



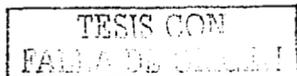
Aqui hemos mencionado solo dos tipos de fármacos pero existe una gran variedad de hormonas naturales y sintéticas y combinaciones de ellas, el tratamiento recomendado desgraciadamente no depende de las posibilidades económicas del paciente, depende del diagnóstico de salud de la mujer. En la II Encuesta Nacional de Salud se estima que cerca de un 30 % de la población encuestada no utiliza los servicios de salud porque no tenía dinero.

El ingreso económico parece repercutir en el porcentaje de mujeres que visitan al médico, en este trabajo se encontró que las mujeres con ingresos medios y altos utilizan los servicios de salud en los mismos porcentajes, pero el porcentaje de mujeres con ingresos bajos que no lo utiliza es mayor que el que lo utiliza.

Al comparar el ingreso económico y la visita al médico por los síntomas de la menopausia se aprecian diferencias significativas ( $P < 0,05$ ) aplicando Ji cuadrada. La hipótesis 1 se confirma y se puede sugerir que el ingreso económico esta relacionado con la visitas el médico por los síntomas de la menopausia.

Un problema por el que atraviesan las instituciones de salud públicas es el gasto en salud. Como porcentaje del PIB, este gasto no rebasó en el período 1980-1991 el 3.6%, porcentaje alcanzado en 1982. A partir de este año este porcentaje descendió hasta alcanzar en 1987 su nivel mas bajo (2.7%). Posteriormente se ha ido recuperando lentamente, para ubicarlo en 1995 en 4.06%.

Esta situación es grave, ya que en México el grueso de la población utiliza los servicios públicos de salud, los rezagos acumulados y el crecimiento poblacional hacian esperar incrementos sustanciales. De hecho, este retroceso ha limitado las posibilidades de ampliación de cobertura y seguramente ha afectado la calidad con la que se han prestado los servicios públicos de este sector en los últimos años (Lara Alejandro et al., 1997).

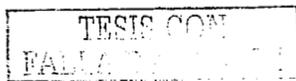


El porcentaje de mujeres que visitan al médico debido a los síntomas de la menopausia va disminuyendo a medida que aumenta la edad siendo mayor el porcentaje de mujeres entre los 45 y 59 años de edad y disminuye después de los 60 años. Esto se debe a que antes de los 45 y después de los 60 años el porcentaje de mujeres con síntomas de la menopausia es bajo.

Los resultados anteriores contradicen los resultados de la tasa general de utilización de los servicios de salud en el ámbito nacional en el que se observa que la tasa aumenta con la edad, la razón es porque después de los 60 años predomina la sintomatología de padecimientos relacionados con enfermedades crónicas o degenerativas provoca un aumento en la tasa de utilización además de que no se hace una diferenciación de la tasa de utilización por sexo.

Los cambios hormonales que se desarrollan en el climaterio pueden producir o no síntomas asociados con este estado, es decir que no todas las mujeres manifiestan síntomas o si los presentan la intensidad y frecuencia no son altos como para modificar significativamente su estilo de vida. Algunos autores refieren que aproximadamente en el 75 - 80 % de los casos se presentan síntomas y de estos solo en un 25% la sintomatología es intensa y en un 50 % leve (Jiménez y Pérez., 1999).

Existe cierta confusión en cuanto a frecuencia y duración de algunos de los síntomas, por ejemplo en el caso de los bochornos se dice que su frecuencia es muy variable y su duración de 2 a 3 años. Otros reportes señalan que la frecuencia es de 40 a 62% entre mujeres del área urbana y que la duración de los episodios puede ser momentánea o durar hasta 10 minutos y su periodicidad varía de uno por semana a uno o dos por hora (SSA.-Juntos por la salud 2000). Quizá esta es la razón por la cual en este trabajo se halló que la aparición de los síntomas y su intensidad varían con la edad.



Se ha reportado también que las alteraciones psíquicas que muestran las mujeres están asociadas con el medio cultural en el cual se desarrollan. En las sociedades Orientales y Arabes resalta el hecho de que las mujeres presentan pocos o ningunos de los síntomas psicológicos y físicos que la mayoría de las mujeres occidentales relacionan con la menopausia Lauritzen (1972) (citado por Jiménez y Pérez 1999).

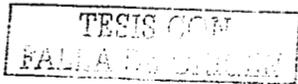
En el cuestionario realizado se encontró que los síntomas con mayor frecuencia fueron fatiga con un 65.2%, sudor 64.4%, bochorno 64% y dolor de cabeza 62.3%. Esos resultados coinciden en cierta forma con los reportados por la Universidad de Durango en los que la frecuencia fue mayor por bochornos con 62%, cefalea, irritabilidad y depresión con cerca de 60%. Alvarado G.R. et al. (1990) (citado por Jiménez y Pérez., 1999).

La presencia de síntomas es uno de los motivos que están detrás de la decisión de hacer uso o no de los servicios de salud. En este trabajo se averiguó que entre las mujeres con síntomas menopausicos la gran mayoría 59.5% no hace nada para aliviar sus síntomas y el 35% visita al médico y solo el 5.6 % se automedica.

Los síntomas como bochornos, palpitaciones, fatiga y depresión tuvieron una relación estadísticamente significativa cuando se compararon contra la visita al médico por los síntomas de la menopausia ( $p < 0.05$ ).

Los porcentajes de mujeres con síntomas como bochorno, sudor, palpitaciones, fatiga, depresión, dolor de cabeza, deseo sexual son menores en aquellas que visitan al médico contra aquéllas que no lo visitan.

A pesar de la diferencias estadística encontrada aplicando la prueba de Ji cuadrada se rechaza la hipótesis 2, es mayor el porcentaje de mujeres con síntomas que no visitan a su médico debido a los síntomas de la menopausia que las que tienen síntomas y lo visitan.



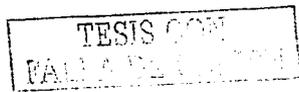
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud la utilización de los servicios de salud ambulatorios a nivel nacional el motivo de atención para el Papanicolau fue de 1.7%. Este dato que utilizamos como parámetro de comparación dado que no existen estadísticas nacionales relacionadas con la utilización de los servicios de salud por las mujeres menopáusicas.

Por institución se ha reportado que específicamente en el caso del IMSS, institución que proporciona el mayor porcentaje de atención a la población, la tasa de consulta por menopausia fue en 1997 de 33.4% X 1000 derechohabientes de 45 y más años en medicina familiar y 10 en especialidad. Esta cifra significa que por cada 100 mujeres 3.34 visitan al médico debido a la menopausia.

Lo anterior contrasta con lo encontrado en este estudio ya que por cada 100 mujeres asisten 41.3, lo cual representa una cifra 10 veces mayor. Las cifras anteriores pueden sostenerse a razón de que cuando se les preguntó si visitaban al médico por los síntomas de la menopausia el 41.3% contestó afirmativamente.

Las diferencias que se observan y que -como ya mencionamos- son muy grandes, pueden ser debidas a que los datos que en este trabajo se reportan provienen de un cuestionario a la población de Tlalnepantla; en tanto que los datos que reporta el IMSS son datos que se obtuvieron de las estadísticas de consultas de la institución. Esto sin embargo no significa que los datos reportados por el IMSS sean falsos, sino todo lo contrario, ya que estas cifras reflejan lo que en realidad esta sucediendo, el porcentaje de mujeres que hacen uso de los servicios por menopausia es bajo.

Por otro lado, el hecho de que el 31.6% manifieste asistir al médico por síntomas de la menopausia no significa que estén dispuestas a llevar algún tipo de tratamiento para aliviar sus síntomas de la menopausia. Lo anterior pudiera estar relacionado con el nivel de información que, tengan por ejemplo, de las ventajas o



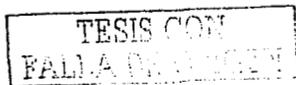
desventajas que representa el uso de la Terapia de Restitución Hormonal (TRH) Al respecto en este cuestionario se encontró que sólo el 21.6% n=301 sabía que era la TRH.

En México según la asociación Mexicana para el estudio del climaterio de 11 millones de mexicanas mayores de 45 años solo 990 mil se encuentran en algún tratamiento de reemplazo hormona (Cruz Angeles, 2001). Lo anterior significa que del total de mujeres en climaterio sólo el 9% lleva el tratamiento, cifra que supera la reportada por ejemplo para Cuba que es de 4%; pero inferior a la de Australia 20%, Suecia 24%, España 10.5% Venezuela 9%. (Canto M. citado por Prado M., et.al. 1998).

Retomando las cifras anteriores, de las mujeres que dicen visitar al médico por los síntomas de la menopausia, que en este estudio fueron 41.3 de cada 100 mujeres y de éstas alrededor del 4.26% se aplican la TRH, se concluye que esta última cifra está muy por debajo de la media nacional que es de 9%.

Un 4.2% o un 9% son cifras bajas comparadas con el 24% en Suecia, las razones por las cuales en el ámbito nacional las cifras son bajas, son por múltiples factores y de diversa índole; uno de ellos es el que se relaciona con la forma de catalogar a la menopausia, en la medicina hay quienes piensan que la menopausia es un suceso biológico normal y hay quienes consideran que es una enfermedad. El punto de vista de que la menopausia es una enfermedad predomina en medicina y durante mucho tiempo se ha considerado una enfermedad por deficiencia de estrógenos.

Kaufert, et.al. (1998) encontró en una encuesta reciente que aún en esta época las mujeres entrevistadas se dividieron entre las que pensaban que la menopausia es una condición médica y requieren tratamiento y otras que opinan que es una transición natural y que tienen que ser manejada por medios naturales.

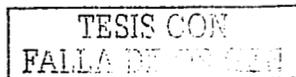


El punto de vista que considera a la menopausia como una condición médica que requiere tratamiento es resultado de los discursos científicos y prácticas del mundo occidental, que han desarrollado un estereotipo cultural de las mujeres menopausias como asexuales: agobiadas por bochornos y sufriendo los años posmenopáusicas con huesos decadentes y arterias obstruidas por lípidos. Este punto de vista de la menopausia fue construido socialmente y ha ensombrecido al concepto de la menopausia como suceso biológico normal (Voda Ann, 1992).

Defensores de la menopausia como un suceso biológico normal aseguran que aún no se ha demostrado una relación de causa efecto entre cambios hormonales y síntomas clínicos, para poder decir que la menopausia es una enfermedad y que esta idea esta basada en mitos, resultado de creencias compartidas por la sociedad acerca de que la mujer es inferior.

De lo que en realidad están en contra los defensores de la menopausia natural es que las mujeres sanas deban tomar estrógenos y que el riesgo-beneficio que existe al tomar las hormonas no es tan claro como cuando un paciente con cáncer toma fármacos -pues es claro que el beneficio supera los riesgos- porque las mujeres menopáusicas son normales.

De las desventajas de la TRH, la mas temida es el cáncer de mama. Se ha observado que el Riesgo Relativo(RR) de cáncer de mama con el uso de estrógenos los primeros años es mínimo ( $RR=1$ ); y este riesgo aumenta ( $RR=1.7$ ) con la utilización después de 7 años. Otros autores han reportado que después de 15 años de usar estrógenos solos el riesgo es de 30% ( $RR= 1.3$ ). Mientras que en las que usan estrógenos más progestágenos, el RR es de 2.4; en las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama el RR es aún mayor  $=3.4$ ; mientras que en las mujeres que no reciban THR y con antecedentes familiares el RR es de 1.5 (Carranza . 1999)



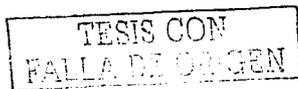
Aun cuando no existen datos claros de la relación entre uso de estrógenos y cáncer mamario, se puede decir que el riesgo es alto si se usan estrógenos solos y que el esquema de uso de estrógenos-progesteronas en mujeres con menopausia natural tienen efecto protector. Adicionalmente a estas posiciones antagónicas y los argumentos y pruebas que se han vertido para justificar el manejo de la menopausia, se sabe que existen otros factores involucrados en la decisión sobre el uso de la TRH.

Al respecto, se ha reportado que el uso de píldoras anticonceptivas estuvo relacionado con el uso de TRH. Una probable explicación es que las mujeres tienen experiencia positiva al tomar píldoras anticonceptivas haciendo más fácil y más natural para ellas utilizar y aceptar TRH (Stadberg, 2000).

En este trabajo se encontró que el uso de las píldoras anticonceptivas fue un factor para que el porcentaje de mujeres que visitan al médico por los síntomas de la menopausia incrementara en comparación con las que no tomaron.

Otros autores han señalado que la educación podría estar relacionada con el consumo de TRH, sin embargo, un muestreo entre mujeres suizas con nivel de estudios Universitarios y otras solo con nivel primario no mostró diferencias en el uso de THR. (Stadberg., 2000) La explicación que se maneja en este caso es que probablemente el acceso por igual a la ayuda social y servicios asistenciales incluyen bajos costos. Estas conclusiones por supuesto no podrían extrapolarse ya que la población de estudio y características socioeconómicas y características de los servicios de salud en México son muy distintas.

Las mujeres representan en todos los grupos de edad los mayores índices de analfabetismo (15.2%) en comparación con los hombres, en los años 1985 y 1986 las proporciones entre hombres y mujeres que estaban estudiando fueron de 60.9% y 39% respectivamente. La educación es un indicador importante del bienestar y esto hace suponer que sus condiciones de salud están sujetas en gran



medida a la falta de educación. (II Encuesta Nacional de Salud) (SSA-Epidemiología 1990).

En este cuestionario solo el 21.6% de las encuestadas sabían qué es la THR y de las que conocían la THR pero que no se aplicaban el tratamiento el 17.5% fue por las consecuencias; el 32.5% porque no tenían síntomas, 40% por falta de información y 10 % por otras causas. El porcentaje de mujeres que sabían sobre la THR en este trabajo fue muy bajo comparado con el 74% de 1448 en un estudio en E.U. (Rabin y col., 1999).

Al comparar la variable información acerca de la menopausia contra las visitas al médico por los síntomas de la menopausia no se encontraron diferencias estadísticamente significativas aplicando la prueba de Ji cuadrada rechazando de esta manera la hipótesis 3, es poco probable que la información que tengan las mujeres sobre lo que es la TRH o el climaterio determinen que asistan con su médico debido a los síntomas de la menopausia.

Betancourt R. V 1998 mostró que las razones por las cuales el 33% de las mujeres no tomaron THR fue porque tuvieron miedo de usar hormonas. En otros estudios se concluye que el nivel de información y la necesidad sentida de uso influyen en el la aplicación de la THR. Clinkinbeard C., et al. 1999 sin embargo reporto que las mujeres manifestaron encontrarse en conflicto con relación a la THR a pesar de que leyeron ampliamente sobre la menopausia

En países europeos y en E.U. reportan los beneficios en el uso de la THR, sin embargo, muchas mujeres no lo aceptan y entre aquéllas que la emplean, la adhesión al tratamiento disminuye con el tiempo. Se ha señalado al respecto que son los factores sociales (mayor educación, ser casadas o disponer de altos ingresos económicos) y no los biológicos los que están relacionados con un mayor consumo o utilización de la THR; resultados que establecen una clara diferencia

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

entre tener "necesidad de" y solicitar una determinada terapéutica (Betancourt y col., 1998 ).

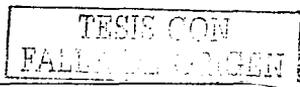
Otro factor relevante en la decisión de utilizar los servicios de salud es el nivel de educación en este caso de las mujeres. La educación es un indicador importante del bienestar lo que hace suponer que sus condiciones de salud están sujetas en gran medida a la falta de educación. La escolaridad de las mujeres determina su conocimiento acerca de lo que es la menopausia, a mayor grado de escolaridad, mayor es el número de mujeres que saben sobre el tema.

La forma en la cual conocen sobre el tema tiene diversas influencias entre las mujeres con baja escolaridad, es decir aquéllas que no tienen ninguna instrucción hasta las que cursan la secundaria el servicio de salud al que asisten ocupa el primer lugar, seguido por la TV y las revistas -en ese orden fue como impactaron sobre sus conocimientos sobre el tema-, en el caso de las mujeres con mayor preparación la influencia principal fue el servicio de salud al que asisten.

A pesar de las diferencias antes mencionadas, no se encontró asociación significativa con el estadístico de prueba, (Ji cuadrada) entre la escolaridad y la visita al médico por los síntomas de la menopausia ( $P > 0.05$ ) por lo que se rechaza la hipótesis 4 y se sugiere que la escolaridad no está relacionada con la visita al médico por los síntomas de la menopausia.

La evaluación del apoyo social resulta complejo ya que se trata de un constructo multidimensional, en el cual pueden diferenciarse diversos aspectos, cada uno de los cuales tendrá efectos sobre el bienestar de los sujetos.

En diversos estudios se ha evidenciado la dificultad en particular para evaluar el componente afectivo del apoyo social Gore, S. 1981 (citado por Sepúlveda y col., 1998). Para poder evaluar el componente afectivo en este trabajo se utilizó el modelo de apoyo social propuesto por Caplan. 1976 (citado por García., 2002)



(Anexo 8). Según este autor cualquier forma de apoyo social vendría definido por su posición respecto los ejes objetivo - subjetivo, y tangible - psicológico al mismo tiempo que se clasifico el apoyo social desde el punto de vista funcional en instrumental y emocional.

La ausencia de apoyo instrumental y emocional real y percibido podría tener repercusiones sobre el estado de salud de las personas según dos de las principales hipótesis que se han establecido al respecto: hipótesis sobre el efecto principal o directo y la hipótesis del efecto amortiguador del estrés o efecto de Buffer que en breves palabras plantea la primera una función de protección contra experiencias negativas y la segunda plantea un efecto de reducción de posibilidades de enfermedad debido al apoyo social.

En este trabajo se encontró que algunos de los síntomas de la menopausia, como ansiedad, mareo, problemas para dormir, depresión y palpitaciones muestran una relación significativa cuando se comparan contra el apoyo instrumental o emocional, lo que apoyaría la hipótesis de Buffer ya que se observa una disminución general de la sintomatología.

En este sentido Mermeltein, et al. 1986 (citado por Sepúlveda R. 1998) han señalado que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social.

Siendo objetivos en el análisis no se puede señalar una relación de correspondencia entre la presencia de los síntomas y la falta de apoyo social, tan solo se puede señalar que para el caso de las mujeres entre 45-64 años de la comunidad de Tlalnepantla pudiera existir una relación entre estos factores y que se requiere de un estudio específico sobre las características funcionales de los miembros de la población muestreada para poder señalar sin duda que existe o no relación entre la presencia de la sintomatología y el apoyo emocional.

El apoyo emocional esta relacionado con el sentido de pertenencia, tener intimidad y posibilidad de poder confiar en alguien, entre otras características.

En este trabajo se encontró que el 46.09% (Anexo A7, cuadro 3) de las mujeres cuestionadas tienen un nivel de apoyo emocional bajo, es decir no en la cantidad o calidad esperado.

Se encontraron diferencias estadísticas con la prueba de ji cuadrada ( $P < 0.05$ ) al comparar el apoyo emocional contra las visitas al médico debido a los síntomas de la menopausia aceptando la hipótesis 5 y se sugiere que existe una relación entre las dos variables antes mencionadas.

La perspectiva Estructural del apoyo social se intento explorar en este estudio conociendo algunas de las características de las redes de apoyo social como el número de hijos vivos, si realiza algún tipo de ejercicio o si realiza alguna actividad artística y ocupación (Sepúlveda y col., 1998).

Se ha hecho una distinción del apoyo social de acuerdo al proveedor, si es un apoyo instrumental por ejemplo el caso de alguna intervención médica o rehabilitación psicosocial al cual se le ha denominado apoyo "formal" y si el apoyo social no es a través de alguna institución sino que estas redes surgen de forma natural, como las familiares, religiosas, del ocio y laborales se le conoce como "informal"

A parte de las consulta en el presente trabajo no se detecto otro tipo de apoyo institucional "formal" como seria el caso de grupos de apoyo específicamente para el seguimiento de terapias a las mujeres menopáusicas.

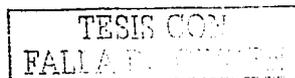
En el caso del apoyo "informal" se puede señalar que de las variables relacionadas como el número de hijos vivos pudiera ofrecer información respecto

al apoyo real o percibido. En este sentido el número de hijos vivos tuvo una relación significativa ( $p < 0.05$ ) cuando se comparo con el apoyo emocional. No obstante el aumento en el número de hijos vivos no se relaciona con un mayor número de consultas al año por lo que atribuimos el hecho a una variable que no medimos como la calidad de las relaciones familiares, las estabilidad familiar, entre otras causas que pudieron intervenir.

Algunos autores han señalado que las personas que tienen un mayor número de visitas médicas y uso de medicamentos son los sujetos que tienen unas redes sociales más reducidas (Bosworth y Shaie 1998 (citado por García., 2002) en tanto que otros autores han señalado que cuando la red de apoyo familiar no sufre cambios importantes, favorece el aumento del número de visitas médicas, ya que contar con esa red de apoyo facilita la utilización de los servicios sanitarios al hacerlos más accesibles Rundall y Evashwick, 1982 (op cit). A su vez Litwin 1997 (op cit) reportó que en mayores cuya red de apoyo esta focalizada en la familia son los que hace un uso menor de los servicios de salud.

El sentido que tiene el apoyo familiar presenta dos significados que bien pudieran ser antagónicos, por un lado el apoyo emocional es lo suficientemente grande para como lo proponen las hipótesis del efecto principal y la del efecto buffer resulta en una reducción de posibilidades de enfermarse la persona por lo que requeriría una menor utilización de los servicios de salud y por otro lado como lo señala Rundall y Evashwick 1982 (citado por García M. 2002) hace más accesible la utilización de los servicios de salud el apoyo familiar

Cuando se compara el número de hijos vivos contra el número de veces que asiste a consulta al año aplicando la prueba de Ji cuadrada, no se observan diferencias. Por lo tanto se rechaza la hipótesis 6 y se puede sugerir que no existe relación entre el número de hijos vivos y uso de los servicios de salud, por lo que se sugiere un análisis estructural y funcional del apoyo familiar para efectos de delimitar su importancia, objetivo de otro trabajo de investigación.



La llegada de la menopausia en la mujer repercuten casi en todos los ámbitos de su vida por lo tanto en los servicios de salud de primer nivel de atención deberían cubrirse estas repercusiones a través de una clínica de climaterio.

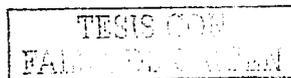
La razón por la cual se propone una clínica de climaterio en el primer nivel de atención es porque un mayor número de mujeres pudiera tener un servicio integral y de fácil acceso, en este trabajo se encontró que solo el 25% de mujeres habían sido enviadas con el ginecólogo, la filtración en la consulta al segundo nivel disminuye el acceso a la atención con el especialista, atención que cubre solamente los aspecto biológicos pero no los sociales, familiares o psicológicos.

Un modelo de atención que ha tenido buenos resultados en la atención integral del paciente es el modelo de atención a la mujer climatérica (MACLI) y comprende los 4 elementos esenciales de la atención a la salud: la asistencia, la docencia, la investigación y la enseñanza continua.

El MACLI se organiza a partir de la formación de un equipo multidisciplinario, el que como mínimo debe estar compuesto por un especialista en ginecoobstetricia, uno en endocrinología o medicina interna y uno en psicología o sociología.

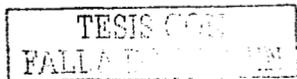
La integración del equipo del MACLI favorece la toma de decisiones, eleva la calidez en la relación médico paciente y optimiza la utilización de los recursos disponibles (Manzano, 1998).

También se propone desarrollar de manera alterna un sistema de referencia comunitario que facilite la participación de la comunidad en programas institucionales, con la finalidad de que las mujeres cuente con el apoyo informacional, emocional, e instrumental en un contexto de mayor responsabilidad social: en todo caso lo que se buscaría sería una participación voluntaria pero activa, junto con el equipo de salud.



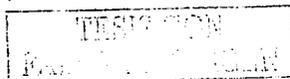
El sistema de referencia podría estar integrado entre otras personas por consejeras de salud previamente capacitadas, como maestras de escuela, enfermeras, miembros de las iglesias, líderes de las colonias, entre otros.

Juntos el equipo de salud y las consejeras de salud podrían colaborar para asegurar la atención oportuna de las mujeres climatéricas.

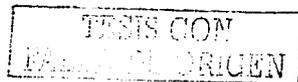


## VIII Conclusiones

- La edad es un factor que condiciona el uso de los servicios de salud, esto es probable que se deba a las diferencias en los niveles de sintomatología, después de los 60 años los síntomas disminuyen y el uso de los servicios de salud disminuye por síntomas relacionados con la menopausia.
- Las mujeres de ingresos económicos bajos comparativamente usaron menos los servicios de salud debido a los síntomas de la menopausia que las de ingresos medios y altos. La tolerancia a los síntomas puede en este caso, presentarse como una respuesta compensatoria a la falta de ingresos económicos.
- A pesar de que el uso de las píldoras anticonceptivas se ha considerado un factor que facilita la aplicación del tratamiento hormonal reconstitutivo, en este trabajo no se reflejó este hecho en un aumento en el uso de los servicios de salud, de hecho con los datos que se reportan aquí no se puede asegurar que existe una relación directa con un mayor uso de TRH. Lo mismo se puede decir para el caso de otras variables como uso de tranquilizantes y fractura de huesos.
- Los síntomas son un factor que pudiera estar determinando el uso de los servicios de salud, los resultados obtenidos en este trabajo manifiestan esa tendencia, aunque no se puede concluir abiertamente ese hecho.
- La principal fuente de información relacionada con la menopausia la obtuvieron las mujeres del servicio de salud al que asistieron. No se encontró relación cuando se comparó el grado de escolaridad vs visitas al médico, a pesar de que al aumentar el grado de escolaridad aumenta la utilización de los servicios. El papel de los servicios de salud en la difusión de la información es destacado y debería de fortalecerse aun más en la medida de lo posible

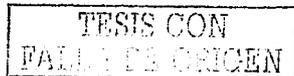


- Con relación al apoyo emocional se observa una tendencia a utilizar más los servicios de salud a medida que el apoyo emocional es mayor; esto concuerda con el planteamiento del modelo sociológico en el sentido de que las redes sociales que forma la persona le permiten tener una mayor movilidad social y en este caso de uso de los servicios.
- Necesariamente se tendrá que invertir más en salud para que esas cerca de 10 millones de mexicanas se diagnostiquen y atiendan de acuerdo al Proyecto de Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral a la Salud en la Perimenopausia y Postmenopausia y de esa forma evitar -como se ha proyectado-, un incremento en los padecimientos asociados con el climaterio; artritis y enfermedades cardiovasculares ya que desde el punto de vista financiero podría provocar un desastre económico, por que no habrá dinero suficiente para su atención.
- El impacto que tiene la menopausia sobre diversas áreas de la actividad de la mujer de su calidad de vida y de sus familiares requiere de un apoyo integral y multidisciplinario para poder enfrentar de la forma más humana posible los cambios, fisiológicos, sociales, familiares, psicológicos y o económicos entre otras a los que se enfrenta, por esta razón se propone, la creación de una Clínica del Climaterio en el primer nivel de atención la cual podría cumplir con las funciones de educación, información y tratamiento del padecimiento.
- Otra posibilidad para garantizar la atención de las mujeres menopausicas seria el desarrollo de un sistema de referencia que estaría administrado por las autoridades de salud con la participación de la comunidad. Dicho sistema permitiría identificar a las mujeres climatéricas y apoyarlas de forma integral.



## IX Recomendaciones

- Trabajar con una población con nivel socioeconómico alto, ya que en este estudio se aprecia un sesgo hacia las mujeres de ingresos económicos bajos y medio.
- De ser posible trabajar con un población mas grande.
- Incluir en el instrumento de trabajo reactivos relacionados con la estructura y función de las redes de apoyo como ; estado civil, número de visitas a familiares o amigos, estabilidad de la pareja, frecuencia con la que asiste a hacer ejercicio, actividad artística, personas y contactos afectivos que tiene en estos grupos entre otras.
- Se sugiere que se realice una análisis estructural y funcional de las redes "informales" para conocer la frecuencia de contactos y la calidad de las relaciones entre otras cosas

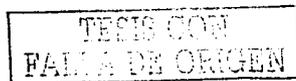


**FALTA  
PAGINA**

**77**

## **X Bibliografía**

1. Arredondo Armando. **Modelos Experimentales sobre la Utilización de Servicios de Salud.. Salud Pública de México.** Enero-Febrero 1992, Vol.34, No.1
2. Betancourt R. Vivian de la C. y Navarro D. Daysi.19981 **Factores relacionados con la decisión de solicitar la terapia hormonal de reemplazo.** Rev. Cubana Endocrinol :87-89.
3. Borges-Yañez Aida., Dantes Gómez H. 1998 **Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y mas en México.** Salud Publica de Mex.;40:13-23.
4. Bronfman Mario, Castro R.,Zuñiga E. 1997 **Del "Cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios.** Salud Pública Mex. 39:442-450
5. Campero-Cuenca L. **Educación y salud de la mujer:** reflexiones desde una perspectiva de género. Salud Publica Mex 1996;38:217-222.
6. Carranza L. Sebastián 1999 **Terapia Hormonal de Reemplazo.** McGraw-Hill Interamericana. Mex.
7. Clinkingbeard C. **Women's knowledge about menopause, hormone replacement therapy (HRT), and interactions with healthcare providers: an exploratory study.** J. Womens Health Gend Based Med. 1999 Oct, 8:8, 1097-102
8. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. División de Salud Materna. **Atención del Climaterio y Prevención de las Complicaciones de la Menopausia en Medicina Familiar.** IMSS 2000 (apuntes)
9. Cruz Angeles **Amenazan males cardíacos a mujeres mayores de 50 años.** Cruz Angeles La jornada 7 de enero 2001 pp.29
10. Domm JA. Et.al. **Factors affecting access to menopause information** **Menopause.** 2000 Jan, 7:1, 62-7.
11. Ganong W. 1999 **Fisiología Médica** Ed. Manual Moderno, México

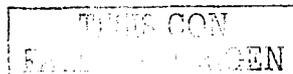


12. García Martín A., 2002 **Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte.** Revista digital-Buenos Aires- Año 8- N. 51 agosto.
13. Jiménez de Luque M. 1995 **Menopausia**, Educación para la Salud EUNSA España
14. Jiménez López J., Pérez Silva G. 1999 **Actitud de la Mujer en la Menopausia y su influencia en el climaterio** Ginec Obst Mex. 67: pp. 319 - 322
15. Kaufert ., 1998 **Women and menopause: beliefs, attitudes and beliefs.** The North American Menopause Society 1997 Menopause Survey. Menopause, Win,5:4, 197-202
16. Langer Ana y Romero Mariana 1994 **Diagnóstico en Salud Reproductiva en México.** Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México.
17. Lara Alejandro; Gómez Octavio; Urdapilleta Oswaldo; Bravo L. **Gasto Federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995.** Salud Pública Méx. [1997;39:102-109.
18. López-Ríos 1997 **Efecto de los servicios de salud y factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana.** Salud Publica Méx. 39:16-24.
19. Lugones Botell M. 2001 **Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio(1)** Rev Cubana Obstet Gnecol 26(2):91-8
20. Manzano Ovies B.R., Artilles Visbal., Navarro D., Piñero P., Nodarse A. 1998 **Modelo de Atención a la Mujer Climatérica(MACLI)** Rev Cubana Obstet Ginecol :24(2):105-11
- 21.
22. Martínez Prado C, Carménate Moreno M. Y Martínez Fuentes. **La Terapia Hormonal de Reemplazo. ¿Remedio en la involución senil femenina?** Rev. Cubana Obstet Ginecol 1998 24 (2):105-111
23. Namaleforosh Neshi 1995 **Introducción a la Metodología Científica** Ed. Trillas. México.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SE  
EN LA BIBLIOTECA

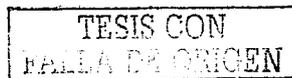
24. Oldenhave, Anna; Jaszmann, Lazlo J. B.; Haspels, Ary A; Everaerd, Walter Th. A. M. 1993 **Impact of Climateric on Well-Being: A Survey Based on 5213 Women 39 to 60 Years Old**. A.Obstetricia et inecol. Scandinavica. V. 168(3) March pp. 772-780
25. Rabin DS, et.al. **Why menopausal women do not want to take hormone replacement therapy**. Menopause. 1999 Spr, 6:1, 61-7
26. Río de la Loza-Cava María Fernanda, Escalante Robina M, J Mendoza Torres L, Murillo Uribe A. Santos González. 1996 **Sintomatología neuropsíquica durante el climaterio** Perinatol Reprod. Hum. Vol.10 No.3 julio-septiembre.
27. Rivea Sánchez Liliana 1998. **El discurso de la participación en las propuestas de desarrollo social**. Reista Sociedad Civil. N. 7, Vol. 3 Otoño.
28. Sepúlveda Rafael, Troncoso Marcela y Alvarez C. 1998 **Psicología y Salud: El papel del apoyo social**. Psicología y Salud. Revista Médica de Santiago.V.1. Número 2. Agosto .
29. SSA-Epidemiología **Diagnostico de la Salud de las Mujeres y los niños Mexicanos Cap.3 La situación de la Salud de las Mujeres Mexicanas**, pp 31-53 ,1990
30. SSA-Juntos por la Salud **Menopausia 2000**
31. Stadberg, Elisabeth, Maattsson, Lars-Ake, Milsom, Ian 2000 **Factors Associated with climateric symptoms and the use of hormone replacement therapy**. A.Obstetricia et inecol. Scandinavica. V 79(4) April pp 286-292
32. Uribe Murillo A, Carranza Lira S., Martínez Trejo N., Santos González J.1999 **Variables Epidemiológicas en la Mujer Posmenopáusia**. Ginec Obst Mex. 67; pp478-483
33. Voda Ann M 1992 . **Clinicas Obstetricas y Ginecológicas** Ed. Interamericana V.4
34. Yen Samuel y Jaffe Robert.. 1993 **Endocrinología de la reproducción** Ed. Panamericana, Argentina.



35. Zárte Arturo y Mac Gregor Carlos 1998 **Menopausia y Cerebro. Aspectos Psicosexuales y Neurohormonales de la mujer climaterica.** Trillas México.B
36. <http://www.amec.com.mx/amec/medicos/cambio-estilo.html>

Obras complementarias de consulta

37. Hernández Sampieri R. Et.al. 1998 **Metodología de la Investigación.** 2a Ed. Limusa Méx.
38. Molina Raúl Et.al. **Gasto y Financiamiento en Salud: situación y tendencia** Rev.Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2),2000
39. Rio de la Loza Ma. Fernanda et.al. **Sintomatología neuropsiquica durante el climaterio.** Perinatol Reprod Hum. Vol.10 No3 julio-septiembre ,1996
40. Thorp M. Jhon et.al. **Hormona Replacement Therapy in Postmenopausal: Utilization of resourses by new users.** Am. J Obstect Gnecol 2001;185:318-26.
41. Utian WH; Boggs PP **The North American Menopause Society 1998 Menopause Survey: Part I: Postmenopausal Woman's perception about menopause and midlife.** Menopause,1999 sum, 6:2,122-8.
42. Wouters A.V **Patrones de Utilización de la Atención de Salud en Países en Desarrollo:Función del Medio Tecnológico en la Derivación del a Demanda de Atención de Salud.** Bol. Of Sanit Panam 115(2)1986.



# ANEXO 1

## INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO JURISDICCIÓN 14 TLALNEPANTLA

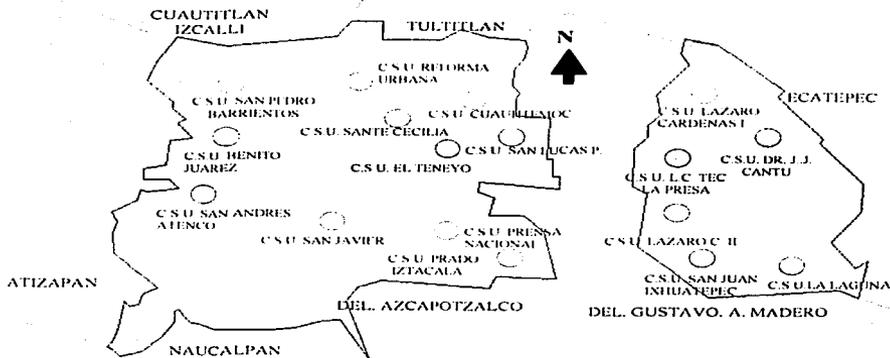


Fig. 1

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

## ANEXO 2

### INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

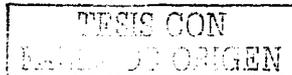
#### INDICACIONES PRINCIPALES

- 1) El cuestionario está dirigido a las mujeres que tengan entre 45-64 años de edad
- 2) Se excluirá a todas las mujeres que no cumplan con este rango de edad y que tengan menos de 1 año de haber tenido su última menstruación (no se les aplicará el cuestionario)
- 3) Las encuestadas no deben pertenecer a la misma familia o domicilio
- 4) Seleccionar a la persona que va a ser entrevistada al azar
- 5) Seleccionará personas que pertenezcan a microrregión o comunidades diferentes
- 6) Un efecto que se pretende medir de manera indirecta es saber si existen diferencias en cuanto al sexo del entrevistador, por lo que se agradecerá anotar su nombre el encuestador.

#### INDICACIONES GENERALES

- 1) El encuestador se encargará de leer cada una de las preguntas y las opciones de respuesta a la encuestada y anotará el dato o tachará el rectángulo con el número de la opción elegida según corresponda a la pregunta formulada.
- 2) Observe que en la sección VI Uso de los Servicios de Salud, algunas de las preguntas se encuentran enlazadas y se preguntarán o no dependiendo de la respuesta de la encuestada.
- 3) La columna con cuadros vacíos de la derecha del cuestionario no debe ser invadida.

¡ Suerte y muchas gracias por su participación y apoyo!



## ANEXO 3

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

#### FES IZTACALA

EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE EL PROPOSITO DE IDENTIFICAR ALGUNOS FACTORES  
RELACIONADOS CON EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POSMENOPAUSIA

**I: IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

1	EDAD			
2	PESO	_____		
3	ESTATURA	_____		
4	NÚMERO DE HIJOS VIVOS	_____		
5	OCCUPACION	_____		
6	ESCOLARIDAD	<input type="checkbox"/> 1)NINGUNA <input type="checkbox"/> 2)SABE LEER <input type="checkbox"/> 3)PRIMARIA <input type="checkbox"/> 4)EDUC. MEDIA <input type="checkbox"/> 5)EDUC. MED. SUP		
7	LA ZONA DONDE VIVE ES	<input type="checkbox"/> 1)TRABJ FORMAL <input type="checkbox"/> 2)HOGAR <input type="checkbox"/> 3)AMBOS		
		<input type="checkbox"/> 6)PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 7)URBANA <input type="checkbox"/> 8)RURAL		

**II. SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EN SU DOMICILIO**

8	AGUA POTABLE ENTUBADA	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> 2)NO		
9	LUZ	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> 2)NO		
10	TELEFONO	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> 2)NO		
11	DRENAJE	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> 2)NO		
12	PAVIMENTO	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> 2)NO		

**III. ESTILO DE VIDA**

13	SU INGRESO ECONÓMICO (familiar)	<input type="checkbox"/> 1) menos de \$1200 <input type="checkbox"/> 2) de \$1201 a \$3600 <input type="checkbox"/> 3) mas de \$3600 al mes		
14	FUMA	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> A)1 AL DIA <input type="checkbox"/> B)MAS DE 1 AL DIA <input type="checkbox"/> 2)NO		
15	CONSUME ALCOHOL	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> A)1 VEZ AL MES <input type="checkbox"/> B)MAS DE 1 VEZ AL MES <input type="checkbox"/> 2)NO		
16	REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> A)1 VEZ X SEM <input type="checkbox"/> B)MAS DE 1 VEZ X SEM <input type="checkbox"/> 2)NO		
17	LLEVA ALGUNA DIETA	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> 2)NO		
18	REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ARTÍSTICA	<input type="checkbox"/> 1)SI    CUAL _____ <input type="checkbox"/> 2)NO		
19	CONSUME CALCIO	<input type="checkbox"/> 1)SI    5 VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/> 2)NO		

**IV. SALUD GENERAL E HISTORIA REPRODUCTIVA**

20	EDAD DE INICIO DE LA MENSTRUACION			
21	ULTIMO PERIODO MENSTRUAL (EDAD)	_____		
22	UTILIZO (EN EDAD FERTIL) PILDORAS ANTICONCEPTIVAS	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> 2)NO		
23	PRESENTO ALGUN PROBLEMA DE INFERTILIDAD	<input type="checkbox"/> 1)SI <input type="checkbox"/> 2)NO		
24	NÚMERO DE PARTOS _____ ABORTOS _____ CESAREAS _____			
25	OPERACIONES GINECOLÓGICAS	<input type="checkbox"/> 1) NINGUNA <input type="checkbox"/> 2) HISTERECTOMIA <input type="checkbox"/> 3) OTRA _____ CUAL _____		
26	ENFERMEDADES CRÓNICAS	<input type="checkbox"/> 1)NINGUNA <input type="checkbox"/> 2)DIABETES <input type="checkbox"/> 3)HIPERTENSION <input type="checkbox"/> 4)ARTRITIS <input type="checkbox"/> 5)OTRO _____ CUAL _____		
27	CONSUME ALGUN TIPO DE TRANQUILIZANTE O ANTIDEPRESIVO ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/> 1)SI    CUAL _____ <input type="checkbox"/> 2)NO		
28	FRACTURA DE HUESOS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS O DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA	<input type="checkbox"/> 1)NO <input type="checkbox"/> 2)SI    CUAL _____		

**V. HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA**

29	BOCHORNOS	<input type="checkbox"/> 1)AUSENTE <input type="checkbox"/> 2)MODERADO <input type="checkbox"/> 3)SEVERO		
30	SUDOR	_____		
31	PALPITACIONES(INCREMENTA SU FREC. CARDIACA)	_____		
32	FATIGA (ASTENIA)	_____		
33	IRRITABILIDAD(PIERDE EL CONTROL)	_____		
34	DEPRESION(SE MENOSPRECIA)	_____		
35	ANSIEDAD(SE ANGUSTIA O SE PREOCUPA POR TODO)	_____		
36	MAREOS (VERTIGO)	_____		
37	PROBLEMAS PARA DORMIR (INSOMNIO)	_____		
38	DOLOR EN ARTICULACIONES (ATRALGIAS)	_____		
39	PIEL SECA O ASPERA (PLUCONCA DE CABELLO O VELLOSO)	_____		
40	DOLOR DE CABELLO(CAÍDA)	_____		
41	SEQUEZAD VAGINAL	_____		
42	DOLOR EN LAS RELACIONES SEXUALES	_____		

43 DESEO SEXUAL(no necesariamente relaciones)

1)ausente

2) 1-2 veces por mes

3)1-2 veces por semana

4)diario

43

VI. USO DE SERVICIOS DE SALUD

44 ES DERECHOAHABIENTE O USUARIA DE

1)ISSA

2)IMSS

3)ISSSTE

4)OTRO

44

45 CUAL ES EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE ASISTE A CONSULTA

1)POR MENOPAUSIA

2)CONTROL DE LA MENOPAUSIA

3)OTRO

cual

45

46 SABE QUE ES LA MENOPAUSIA O CLIMATERIO

1)SI

2)NO (PASE A LA PREGUNTA No. 48)

46

47 ¿COMO SE INFORMO?

1)TV

2)REVISTA

3)C DE SALUD

4)POR FAMILIAR

47

48 HA VISITADO A SU MEDICO DEBIDO HA ALGUNO DE LOS SINTOMAS ANTERIORMENTE MENCIONADOS

1)SI

2)NO

48

49 CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE LO VISITO

(en general)

1)ESTA SEMANA

2)EL MES PASADO

3)HACE UN AÑO

49

50 ¿QUE HACE PARA ALIVIA LOS SINTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

1)IR AL MEDICO

2)AUTOMEDICACION

3)NADA

50

51 ¿SABE QUE ES LA TERAPIA DE RESTITUCION HORMONAL O TRATAMIENTO PARA LA MENOPAUSIA?

1)SI

2)NO(PASE A LA PREGUNTA No. 55 )

51

52 ¿LLEVA ESTE TRATAMIENTO?

1)SI

2)NO (PASE A LA PREGUNTA No. 55 )

52

53 ¿SE APLICA EL TRATAMIENTO?

1)SI

2)NO (PASE A LA PREGUNTA No. 55 )

2)NO

53

54 ¿PORQUE NO SE LO APLICA?

1)CONSECUENCIAS

2)NO HAY SINTOMAS

3)FALTA DE INFORMACION

4)OTRA

54

55 CONOCE O UTILIZA OTRO TRATAMIENTO PARA ALIVIA LOS SINTOMAS DE LA MENOPAUSIA?

1)NINGUNO

2)SÍ O YERBAS

3)OTRO

cual

55

56 CUANDO LE RECETAN MEDICAMENTO

(en general)

1)NO LO COMPRÁ

2)SI LO COMPRÁ

3)SE LO DAN

56

57 CUANDO EL MEDICO LE SOLICITA ALGUN EXAMEN DE LABORATORIO (sin importar el tipo de padecimiento)

1)SI SE LO REALIZA

2)NO SE LO REALIZA

57

58 EN SU CENTRO DE SALUD LA HAN CANALIZADO CON EL GINECOLOGO(después de la menopausia)

1)SI

2)NO (PASE A LA PREGUNTA No. 60)

58

59 A QUE HOSPITAL LA HAN MANDADO CON EL ESPECIALISTA(por el motivo que sea)

1)NINGUNO

2)LA RAZA

3)CENTRO MEDICO

4)HOSPITAL GENERAL

5)OTRO

59

60 AL AÑO CUANTAS VECES ASISTE USTED A CONSULTA?(Por el motivo que sea)

60

NUMERO DE VECES

VII. REDES SOCIALES DE APOYO

1)Ninguna(o)

2)Un poco

3)Regular

4)Bastante

5)Mucho

61 El año pasado ¿Cuanta ayuda, guía o informacion recibio de sus amigos y familiares mas cercanos?

61

62 Cuanta ayuda, guía o informacion espera recibir en el futuro?

62

63 El año pasado ¿Que tanto apoyo emocional recibio de sus familiares y amigos mas cercanos?

63

64 ¿Que tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?

1)Nada satisfecho

2)Un poco

3)Regular

4)Bastante

5)Muy satisfecho

64

65 ¿Que tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?

65

66 ¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?

66

67 ¿Que tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le critican la forma de ser?

67

1)Muy poco

2)Un poco

3)Regular

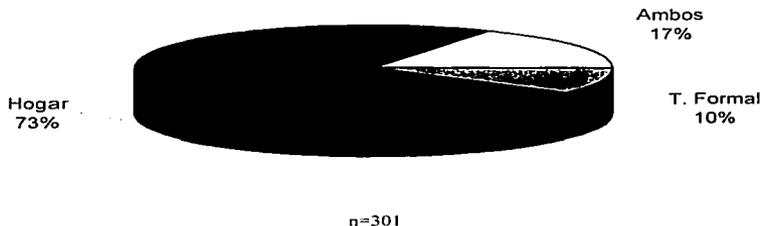
4)Bastante

5)Muy a menudo

TESIS CON  
FALLA DE ...

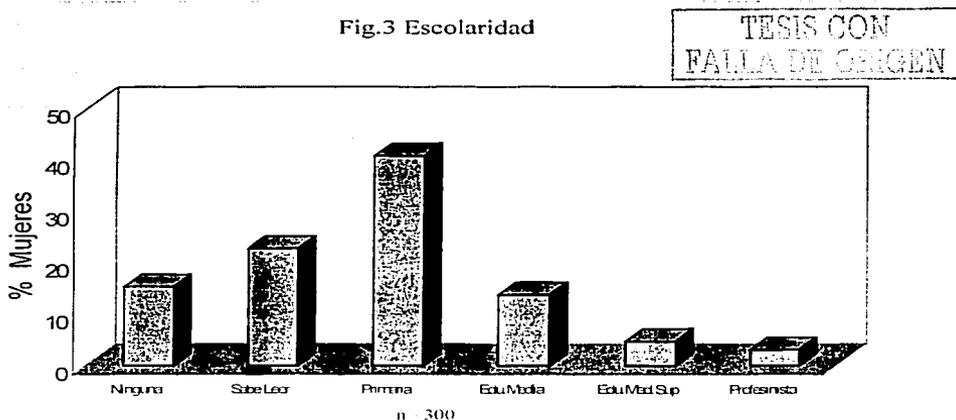
## ANEXO 4

Fig.2 Ocupación



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

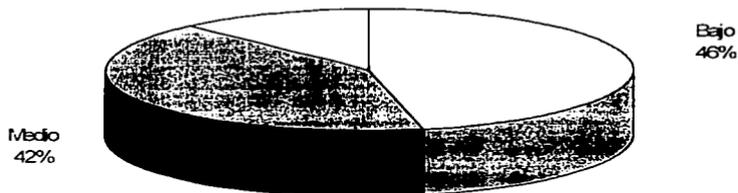
Fig.3 Escolaridad



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig. 4 Ingreso Económico

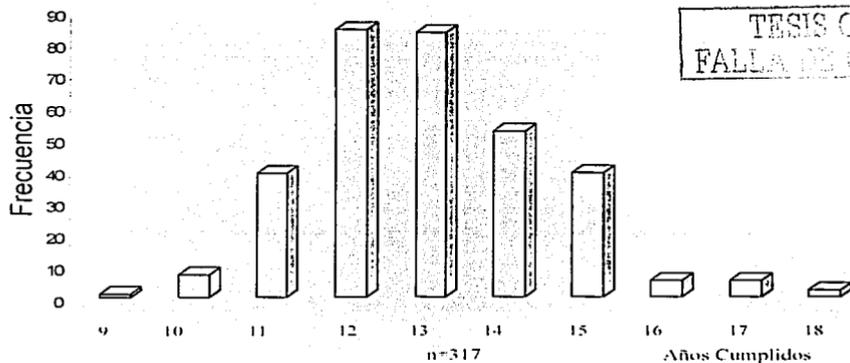
Alto  
12%



n=302

Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

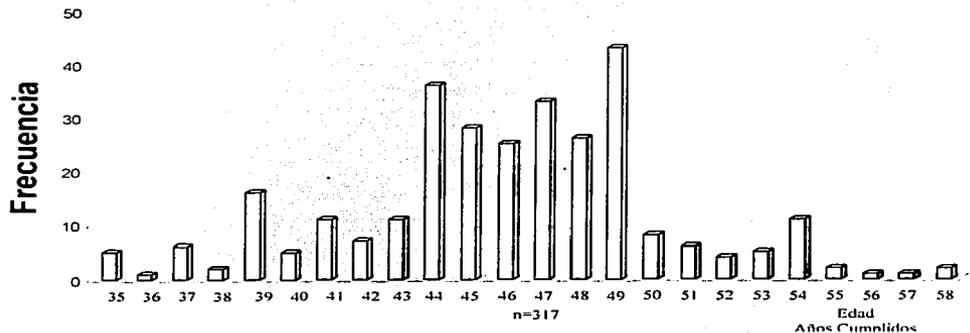
Fig. 5 Edad de la Menstruación



n=317

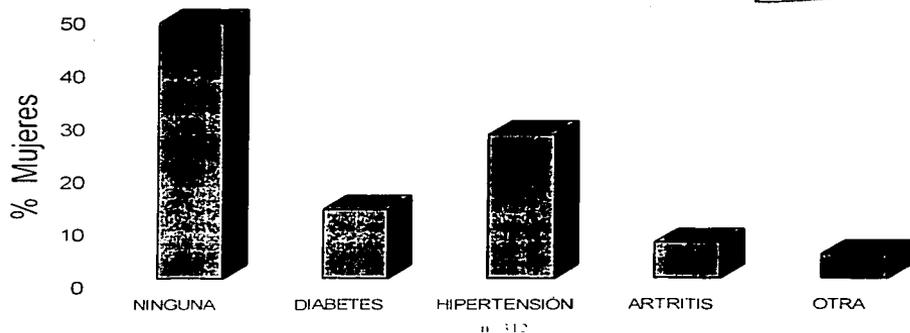
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig.6 Último Periodo menstrual



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

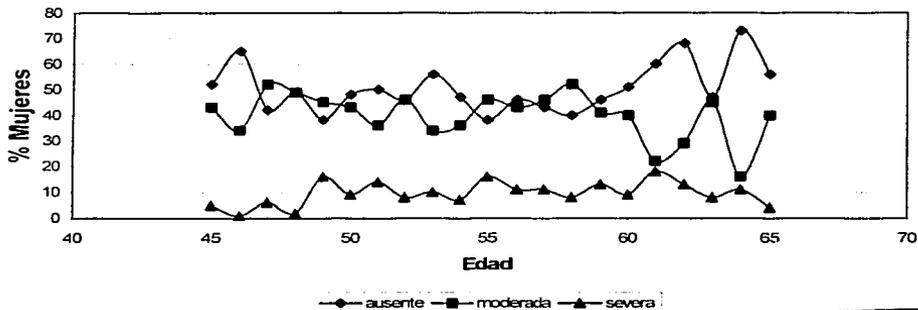
Fig.7 Enfermedades crónicas



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

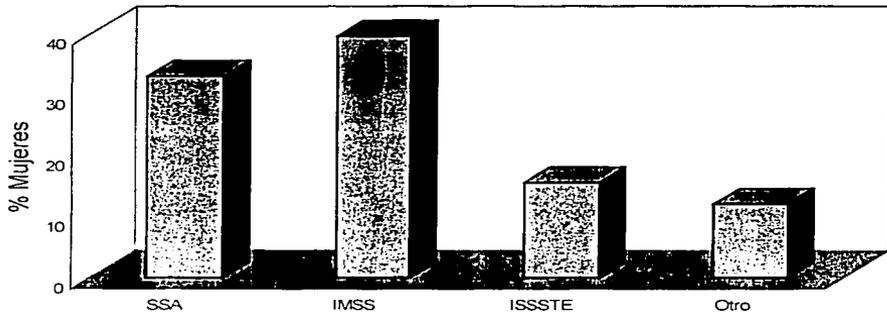
Fig.8. Edad vs Grado de Sintomatología



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

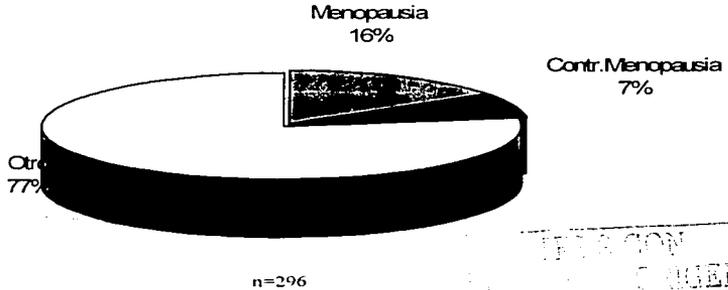
Fig.9 Es Derechohabiente o Usuaría de:



n = 309

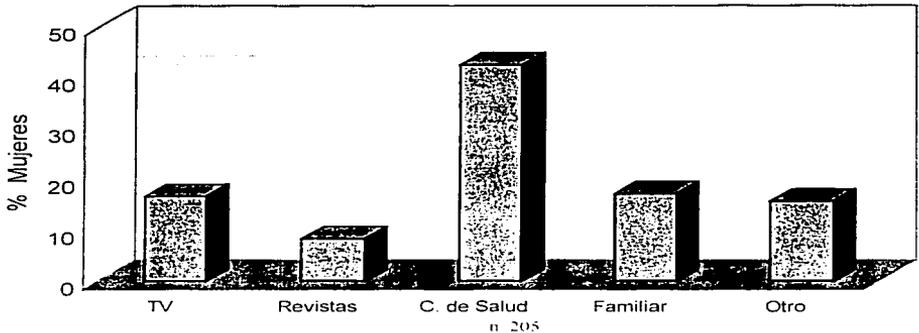
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig. 10 Principal Motivo de Consulta



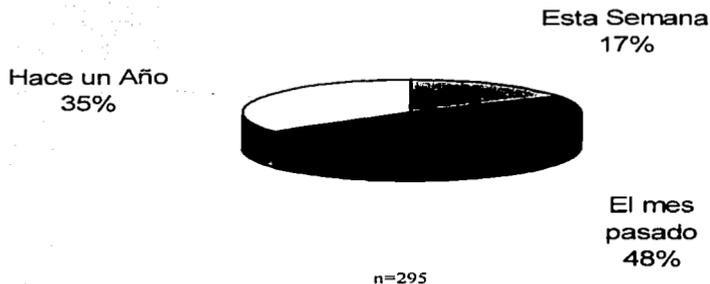
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig. 11 Cómo se Informó Acerca de la Menopausia



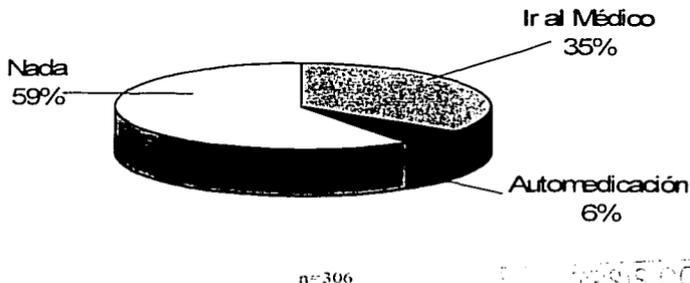
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig. 12 Cuándo fue la última vez que visitó al Médico



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

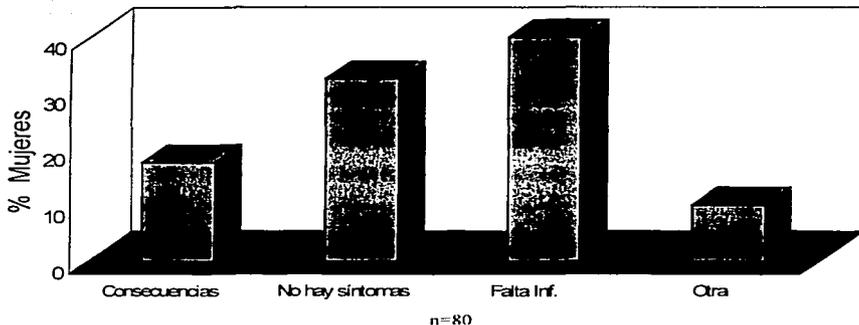
Fig. 13 Qué hace para aliviar los síntomas de la menopausia



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

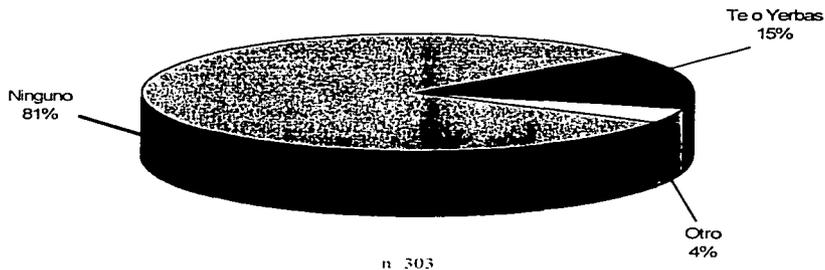
TESIS CON  
VALIA DE ORIGEN

Fig. 14 Por qué no se Aplica el Tratamiento



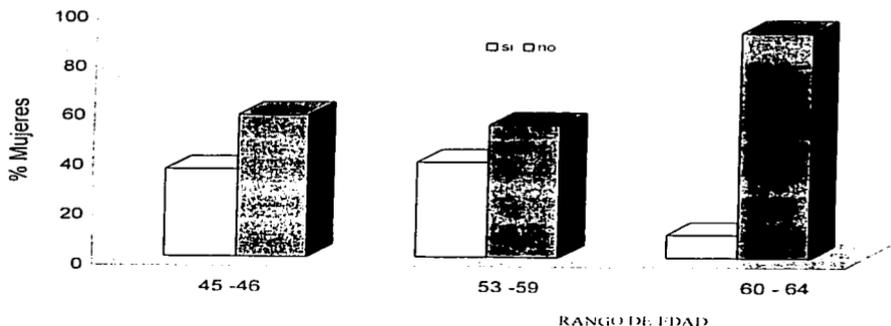
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig. 15 Conoce otro Tratamiento para Aliviar los Síntomas de la Menopausia



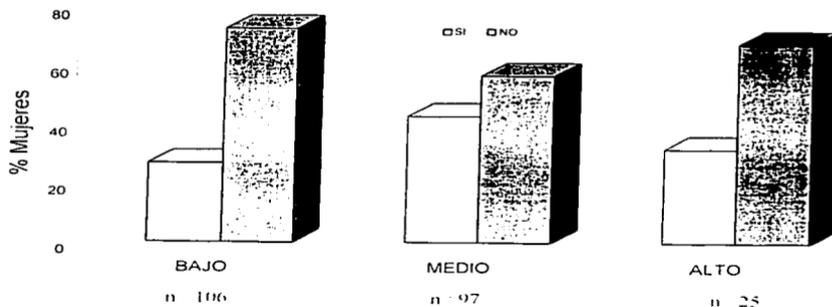
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig. 16 Edad vs ha Visitado a su Médico debido a los Síntomas de la Menopausia



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig. 17 Ingreso Económico vs ha visitado a su Médico Debido a Los Síntomas de la Menopausia

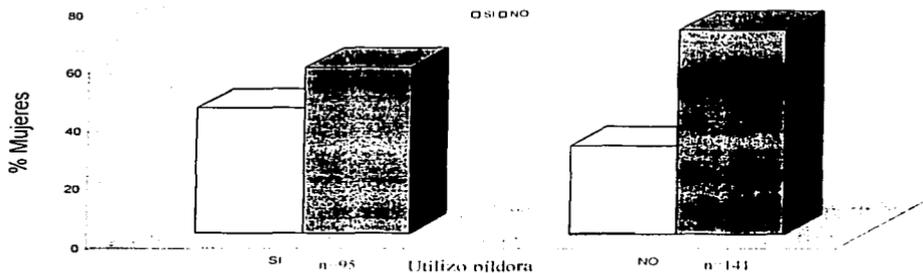


Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

93

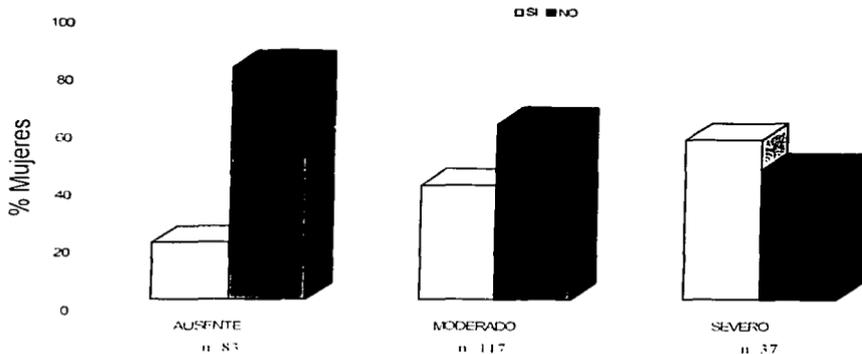
INSTITUCIÓN  
VALLE DE ORIZÓN

Fig. 18 Utilizó Píldoras Anticonceptivas vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



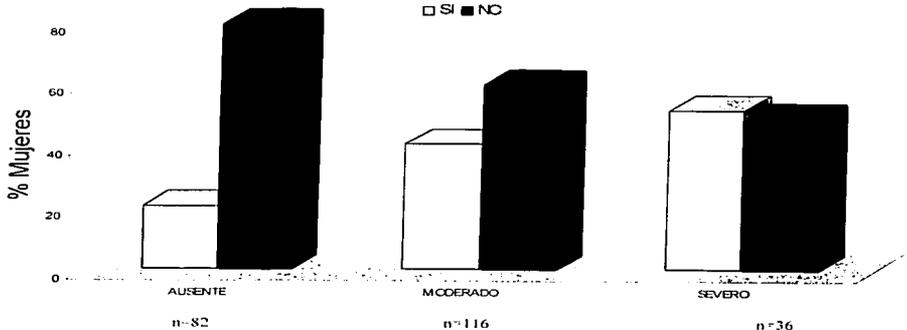
Fuente: Sandoval H.V. Tesis M. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig.19 Bochornos vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



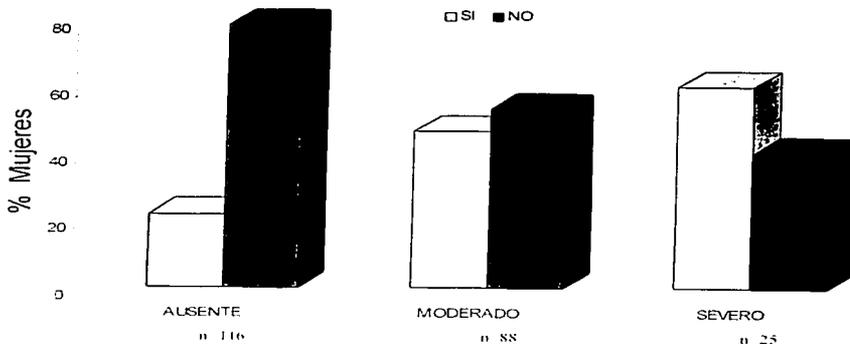
Fuente: Cuestionario Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig.20 Sudor vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



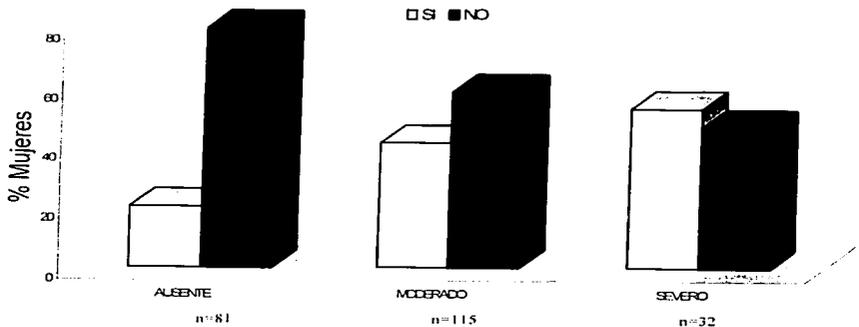
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopausicas 2002

Fig.21 Palpitaciones vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



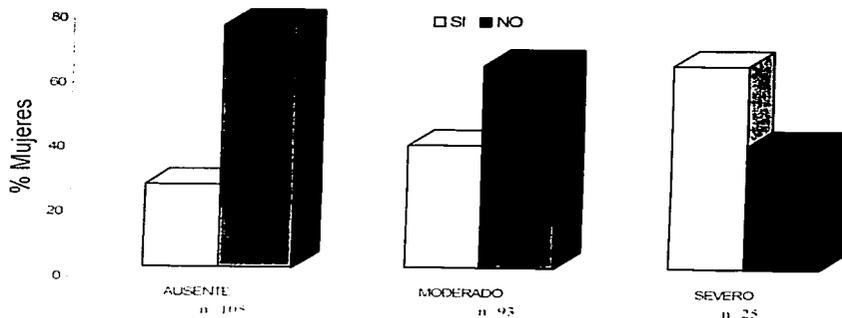
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopausicas 2002

Fig.22 Fatiga vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



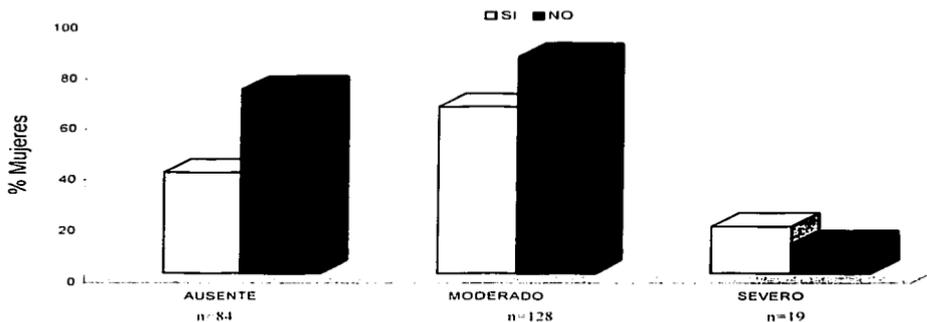
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopausicas 2002

Fig. 23 Depresión vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



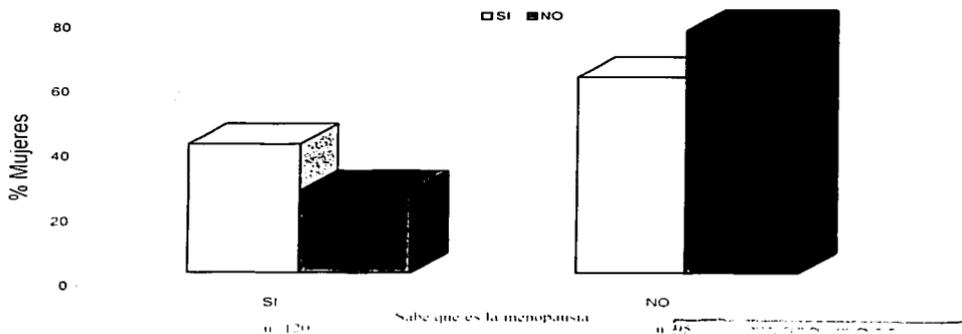
Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopausicas 2002

Fig. 24 Dolor De Cabeza vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopausicas 2002

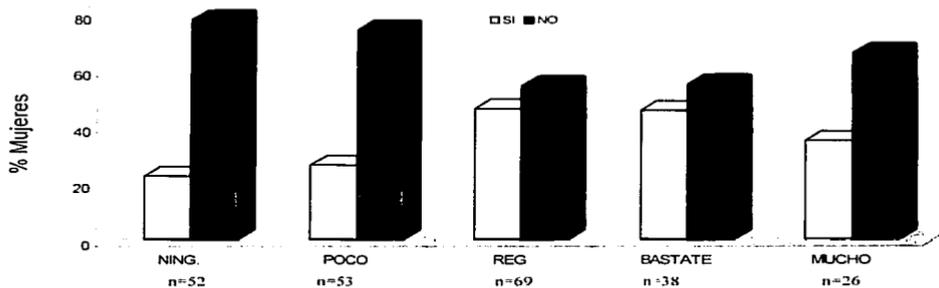
Fig.25 Sabe qué es la Menopausia vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopausicas 2002

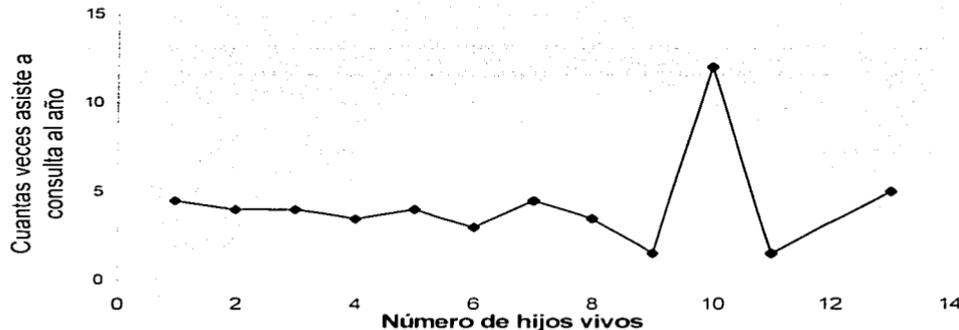


Fig.26 Qué Tanto Apoyo Emocional Recibió de sus Familiares y Amigos vs ha Visitado a su Médico Debido a los Síntomas de la Menopausia



Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

Fig.27 Número de Hijos vivos vs Cuántas veces asiste a consulta al año.



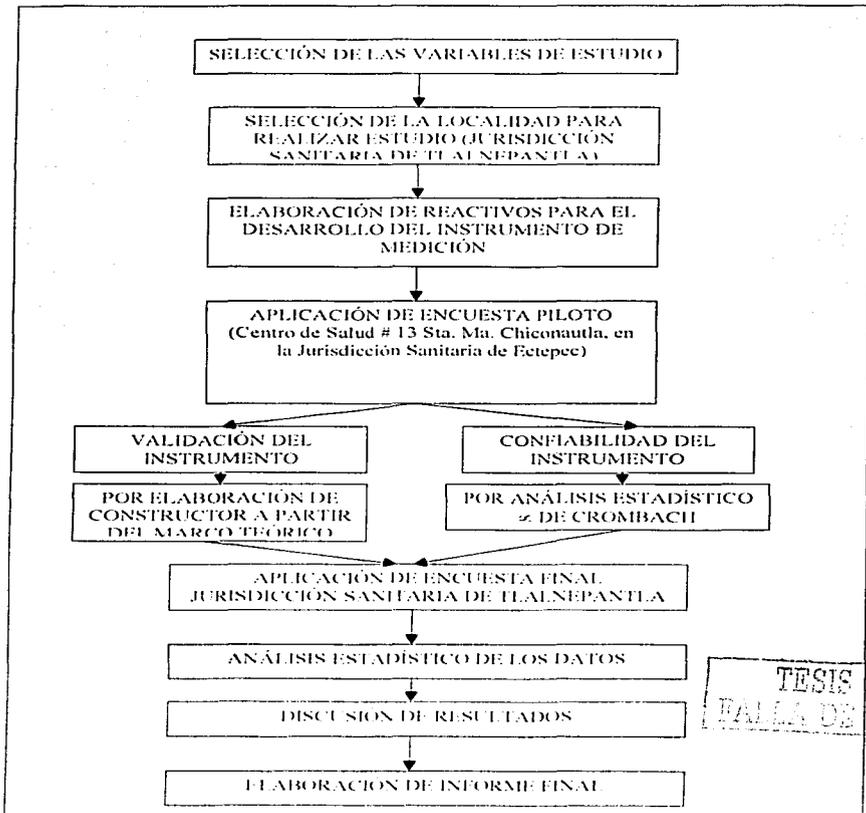
n 208

Fuente: Cuestionario. Uso de Serv. de Salud Mujeres Menopáusicas 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXO 5

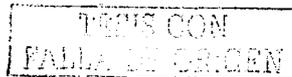
### Diagrama de la metodología



# ANEXO 6

## Análisis Factorial

Variable	Componente 1 valor
Bochornos	.663
Sudor	.675
Palpitaciones	.626
Fatiga	.770
Irritabilidad	.671
Depresión	.680
Ansiedad	.697
Mareos	.573
Problemas para dormir	.588
Dolor en articulaciones	.504
Piel seca o áspera	.624
Dolor de cabeza	.558
Sequedad vaginal	.530
Componente 2 valor	
Cuanta ayuda espera recibir....	.780
Que tanto apoyo recibió...	.876
Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional...	.864
Que tan satisfecho con las cosas que le hicieron o ....	.853
Componente 3 valor	
Sus familiares estuvieron enojados con usted	.779
Le llamaron la atención por su forma de ser	.740
Componente 4 Valor	
Deseo sexual	.585
Componente 6 Valor	
Dolor en las relaciones sexuales	.641



Resultados de la prueba estadística Ji cuadrada al comparar la variables que se enlistan a continuación contra la pregunta 48 del cuestionario.

N2 ASINA DE ESTADÍSTICO

EDAD	14.6	0.001	2S
PESO	0.41	0.813	2 NS
N. DE HIJOS VIVOS	4.04	0.132	2NS
OCUPACIÓN	1.24	0.537	2NS
ESCOLARIDAD	6.65	0.248	5NS
LA ZONA DONDE VIVE	1.42	0.23	1NS
AGUA POTABLE	0	0.963	1NS
LUZ	1.61	0.205	1NS
TELÉFONO	0.063	0.87	1NS
DRENAJE	0.03	0.868	1NS
PAVIMENTO	1.99	0.158	1NS
I. ECONOMICO	6.15	0.046	2S
FUMA	2.07	0.151	1NS
CONSUME ALCOHOL	0.05	0.832	1NS
REALIZA ALGUN EJERCICIO	0.2	0.658	1NS
LLEVA DIETA	2.49	0.114	1NS
REALIZA ACTV. ARTISTICA	3.55	0.059	1NS
CONSUME CALCIO	1.13	0.287	1NS
EDAD DE MENSTRUACIÓN	0.23	0.89	2NS
ULTIMO PERÍODO MENSTRUAL	0.23	0.89	2NS
UTILIZO PILDORAS ANTICONCEPTIVAS	3.98	0.046	1S
PRESENTO PROBLEMAS INFERTILIDAD	0.23	0.633	1NS
NÚMERO DE GESTAS	1.42	0.491	1NS
ENFERMEDADES CRÓNICAS	8.37	0.079	4NS
CONSUME TRANQUILIZANTES	12.2	0	1S
FRACTURA DE HUESOS	.89	0.346	1NS
BOCHORNOS	16.4	0	2S
SUDOR	13.4	0.001	2S
PALPITACIONES	20.5	0	2S
FATIGA	14.5	0.001	2S
IRRITABILIDAD	2.54	0.281	2S
DEPRESIÓN	12.6	0.002	2S
ANSIEDAD	3.33	0.189	2NS
MAREO	1.9	0.386	2NS
PROBLEMAS PARA DORMIR	1.2	0.549	2NS
DOLOR EN ARTICULACIONES	9.07	0.011	2S
PIEL SECA O ASPERA	2.14	0.342	2NS
DOLOR DE CABEZA	6.64	0.036	2S
SEQUEDAD VAGINAL	4.62	0.099	2NS
SOLOR EN LAS RELACIONES SEXUALES	4.2	0.122	2NS

TESIS CON  
DIA... ..

DESEO SEXUAL	9.63	0.022	3S
ES DERECHOHABIENTE	1.55	0.669	3NS
PRINCIPAL MOTIV CONSULTA	35	0	2S
SABÉ QUE ES LA MENOPAUSIA	5.1	0.023	1S
COMO SE INFORMO	5.28	0.259	4NS
CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE VISITO	17.3	0	2S
SABÉ QUE ES LA THR	3.5	0.062	1NS
EN SU CENTRO DE SALUD LA HAN CANALIZADO CON GINECOLOGO	6.68	0.01	1S
CUANTA AYUDA RECIBIO	8.6	0.072	4NS
CUANTA AYUDA ESPERA RECIBIR	4.76	0.312	4NS
QUE TANTO APOYO RECIBIO	11	0.027	4S
QUE TAN SATISFECHO	0.49	0.975	4NS
QUE TA SATISFECHO CON LO QUE LE DIERON	5.031	23	4NS
SUS FAM SE ENOJARON CON UD	4.13	0.388	4NS
LE LLAMARON LA ATENCIÓN	6.02	0.198	4NS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXO 7

**Cuadro 1 ACCIÓN HORMONAL CUANDO LOS TEJIDOS ESTÁN EN PRESENCIA O AUSENCIA DE ESTRÓGENOS**

ORGANO BLANCO	PRESENCIA DE ESTRÓGENOS	AUSENCIA DE ESTRÓGENOS
VULVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene una acción tóptica</li> <li>• Produce una intensa acción proliferativa originando un aumento de multiplicación celular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La piel adelgaza y está más seca, hay pérdida de tejido elástico y de grasa subcutánea. El vello púbico disminuye, los labios mayores y menores pierden turgencia y el introito se estrecha.</li> </ul>
VAGINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produce una intensa acción proliferativa originando un aumento de multiplicación celular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del espesor de la mucosa</li> <li>• Estrechez y acortamiento del canal vaginal</li> <li>• Falta de elasticidad (rigidez)</li> <li>• Disminución y ausencia de lubricación</li> <li>• Aumento del pH vaginal</li> <li>• Disminución de la autoprotección a infecciones exógenas</li> </ul>
ÚTERO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Va modificando las características del moco cervical durante la primera mitad del ciclo, y 3 o 4 días antes de la ovulación el efecto es máximo, siendo el moco limpio, transparente, poco viscoso y finalmente, apto para el paso espermático</li> <li>• Aumenta el diámetro del conducto cervical</li> <li>• Activa el crecimiento del endometrio y es responsable de su regeneración después de la menstruación (endometrio proliferativo)</li> <li>• Induce el crecimiento del útero y estimulan la contracción uterina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se atrofia, reduce sensiblemente su tamaño y sus paredes se adelgazan</li> <li>• En el endometrio disminuyen las glándulas.</li> <li>• El cuello uterino se atrofia y se retrae. Suele haber migración del epitelio pavimentoso del exocervix al endocervix (entopia) y disminuye notablemente el moco cervical.</li> </ul>
MAMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula el crecimiento de los conductos glandulares y dilatación de los conductos excretores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tejido glandular de la mama se hace atáxico</li> <li>• Se sustituye el tejido glandular por tejido graso</li> <li>• La mama disminuye de tamaño y los pezones se hacen más pequeños y planos.</li> </ul>
METABOLISMO DEL CALCIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorece el depósito de calcio en el hueso, protegiéndose así de la osteoporosis. <span style="margin-left: 100px;">BANC</span></li> </ul>	<p>MEDIC Favorece el desarrollo de la osteoporosis</p>

TUSIS CON  
EVIDENCIA

## ANEXO 7

	AUSENTE	MODERADO	SEVERO	N	
BOCHORNO	34.20%	47.20%	18.70%	316	
SUDOR	34.9	47.8	17.3	312	
PALPITACIONES	48.4	41.4	10.2	304	
FATIGA	33.8	52.1	14.1	305	
IRRITABILIDAD	41.9	41.3	16.8	303	
DEPRESIÓN	45	42.3	12.7	300	
ANSIEDAD	45.1	44.1	10.8	306	
MAREOS	52.8	42.9	4.3	303	
PROBLEMAS PARA DORMIR	57.2	33.4	9.3	311	
DOLOR EN ARTICULACIONES	41.1	44.4	14.5	304	
PIEL SECA	42.7	47.9	9.4	307	
DOLOR DE CABEZA	39.1	51.1	9.6	307	
SEQUEZAD VAGINAL	65.1	30.9	3.9	304	
DOLOR EN LAS RELACIONES	79.9	18.1	2	293	N
	AUSENTE	1 A 2 X MES	1 A 2 X SEM	DIARIO	
DESEO SEXUAL	61	27.7	2	1.9	267
	48.10%	38.90%	10.90%		

**Cuadro 2. Resultados de las preguntas relacionadas con los síntomas de la menopausia**

	BAJO	MEDIO	ALTO
El año pasado ¿cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	64.5%	25.20%	10.2%
¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	41.4%	28.9%	29.8%
Media	52.95%	27.05%	27.05%

**Cuadro 3. Apoyo Instrumental. Preguntas 61 y 65 del instrumento.**

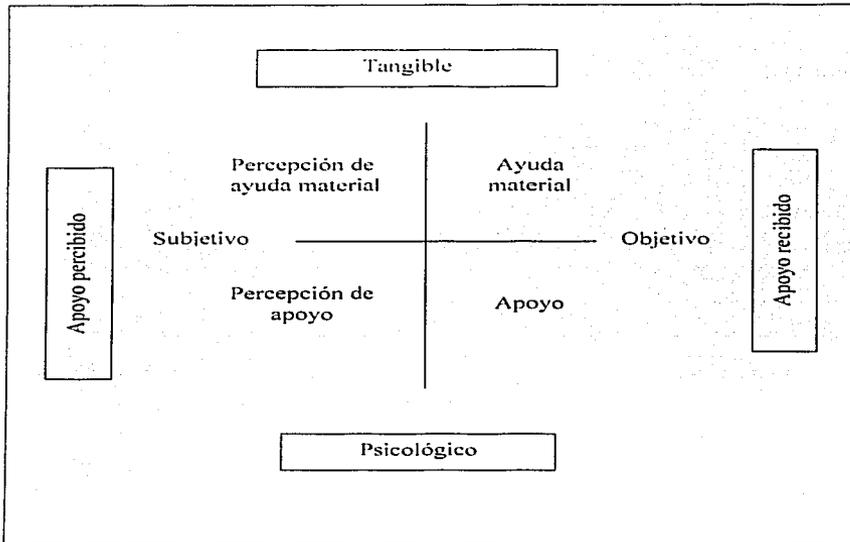
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

	BAJO	MEDIO	ALTO
Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro	39.9%	24.1%	36%
El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos mas cercanos?	22.55%	26.1%	28.7%
¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	40.4%	27.2%	32.4%
¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	61.6%	22.3%	16.2%
¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	66%	19%	15.1%
Media	46.09%	23.74%	25.68%

Cuadro 4. Apoyo Emocional. Preguntas 62,63,64,66,67 del instrumento.

TESIS CON  
FOLIOS DE ORIGEN

## ANEXO 8



Modelo de Apoyo Social de Caplan. Tomado de García M. 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN