

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**TERAPIA HORMONAL DE REMPLAZO Y  
CALIDAD DE VIDA EN EL SÍNDROME  
CLIMATERIO**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN:  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:  
**MARA ISABEL ROSAS SOLÍS**

ASESOR DE TESIS:  
**DR. ALBERTO ORDAZ MARTÍNEZ**



**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

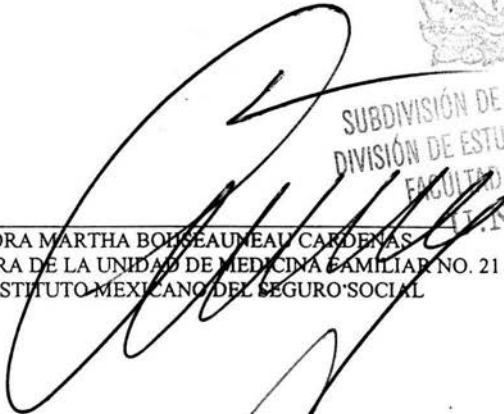
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

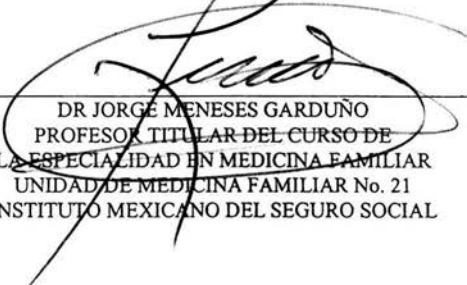
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

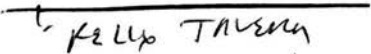
AUTORIZACIONES:



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
I.M.N.A.M.

  
DRA MARTHA BOISSEAUNEAU CARDENAS  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

  
DR JORGE MENESES GARDUÑO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

  
FELIX TAVERA

DR FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ASESOR DE TESIS:

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by 'Lberto Orda Martínez' in a cursive script.

---

DR. ALBERTO ORDAZ MARTÍNEZ  
COORDINADOR MEDICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF 21.

## **DEDICATORIAS.**

### **A DIOS:**

POR QUE TODO LO QUE TENGO TE LO DEBO A TI Y PORQUE DIA CON DIA ME HACES SABER QUE ESTAS CONMIGO Y ME SOSTIENES.

### **A MI MADRE:**

POR SER EL CONDUCTO DEL REGALO MAS GRANDE QUE HE RECIBIDO "LA VIDA" Y POR ESTAR CONMIGO EN LOS BUENOS TIEMPOS Y EN LOS TIEMPOS MAS DIFICILES. TE AMO MAMA

### **A MI PADRE, MI PRIMER MAESTRO:**

POR DARME TU AMOR ASI DESINTERESADAMENTE POR TU APOYO Y PORQUE SIEMPRE ME IMPULSAS A SUPERARME, POR ENSEÑARME CON TU EJEMPLO LAS BASES DE NUESTRA VOCACION EL RESPETO Y EL AMOR POR LOS DEMÁS.

### **A MIS HERMANAS:**

POR SER MIS COMPAÑERAS DE TRAVESURAS Y PELEAS Y POR SER MIS MEJORES AMIGAS Y ALIADAS QUE DIOS LAS BENDIGA.

### **A RODOLFO:**

POR BRINDARME TU COMPAÑÍA, AMOR, CUIDADO Y APOYO EN LA EPOCA MAS SOLITARIA Y DIFÍCIL DE MI VIDA

### **A TODOS MIS MAESTROS:**

POR ENCAMINARME DESDE LOS PRIMEROS AÑOS POR REGALARME SU CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA.

### **A MIS PACIENTES:**

POR PERMITIRME APRENDER EN ELLOS Y DE ELLOS, POR LA CONFIANZA DEPOSITADA EN MI AL GRADO DE CONFIAR SUS MAS ÍNTIMOS SENTIMIENTOS.

### **A MI MISMA:**

PORQUE AUN EN LA ADVERSIDAD TE PERMITISTE SER DEBIL Y RECARGARTE EN OTROS, PERO NUNCA PERDISTE DE VISTA TU OBJETIVO Y SEGUISTE FIEL A TI MISMA HOY TIENES AQUÍ TU RECOMPENSA.

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **AL DR. YURI FLORES:**

QUIEN GRACIAS A SU CONOCIMIENTO Y HABILIDAD ME BRINDO LA  
OPORTUNIDAD DE CONTINUAR LA CARRERA HACIA MI META:  
INFINITAMENTE GRACIAS.

### **AL DR. ALBERTO ORDAZ:**

QUIEN ME BRINDO APOYO Y CONSUELO EN LOS DIFICILES MOMENTOS QUE  
HE VIVIDO Y POR SU COLABORACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA  
TESISI.

## INDICE

1.	TITULO	1
2.	INTRODUCCIÓN	2
3.	HIPOTESIS	15
4.	OBJETIVO	15
5.	MATERIAL Y MÉTODOS	16
6.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
7.	CONSIDERACIONES ETICAS	22
8.	RESULTADOS	23
9.	DISCUSIÓN	35
10	CONCLUSIONES	36
11.	SUGERENCIAS	38
12	BIBLIOGRAFIA	39
13.	ANEXOS	44

*1. TÍTULO:*

**TERAPIA HORMONAL DE REPLAZO Y CALIDAD DE  
VIDA EN EL SÍNDROME CLIMATERIO.**



## *2. INTRODUCCION.*

El aumento de la expectativa de vida de la población general debida a la mejoría de las condiciones sociales y al avance de la tecnología médica ha hecho surgir un interés especial por estudiar la calidad de vida que presentan tanto la población en general como determinados grupos específicos. Uno de estos grupos ha sido la mujer, y en especial la mujer en edad menopaúsica, puesto que un largo periodo de su vida se desarrolla en esta etapa.

### *2.1 CALIDAD DE VIDA.*

La calidad de vida relacionada con la salud puede conceptualizarse como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los sucesos que una persona puede presentar como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento y que por lo tanto incluye múltiples esferas considerando principalmente los aspectos sociales, culturales, físicos y sicológicos (1, 2, 3).

### *2.2 MENOPAUSIA Y CLIMATERIO.*

En sentido estricto, la menopausia (del griego mén: ménos: mes; pausis: cesación) se define como el cese permanente de las menstruaciones como consecuencia de la perdida de la función folicular ovárica, correspondiendo a una fecha que normalmente se suele presentar a los 45 –55 años. El climaterio (del griego climaktér: escalón) es la fase en el proceso de envejecimiento de la mujer, que marca la transición desde su fase biológica

reproductiva a la no reproductiva, e incluye un periodo de tiempo variable, de alrededor de 10 años<sup>(4)</sup>

El climaterio se divide en Climaterio temprano o premenopausia y Climaterio tardío. El Climaterio temprano, se caracteriza por el descenso estrogénico progresivo, debido a que se van agotando poco a poco los folículos funcionantes y las células reproductoras, la fertilidad decrece hasta desaparecer con el último periodo menstrual, o sea cuando se presenta la menopausia. El Climaterio tardío comprende desde que se presenta la menopausia, hasta la senectud, esto es la etapa conocida como postmenopausia. Si la menopausia se presenta antes de los 40 años, ya no se considera normal y se le denomina *menopausia precoz*, puede deberse a la remoción de ambos ovarios con o sin útero por alguna indicación quirúrgica, o bien como consecuencia de padecimientos que causan falla ovárica temprana, los cuales pueden ser de origen genético, infeccioso, inmunológico, hormonal entre otras. Este tipo de menopausia motiva una disminución prematura de estrógenos, la cual tiene repercusiones negativas en varias partes del organismo, la menopausia precoz constituye una de las principales indicaciones de la terapia hormonal de reemplazo<sup>(5)</sup>

Las principales manifestaciones que se presentan durante la etapa del Climaterio son:

- a) Trastornos menstruales.
- b) Bochornos.
- c) Cambios emocionales.
- d) Otras manifestaciones: Síntomas genitourinarios, cambios cutáneos, procesos cardiovasculares, osteoporosis y Enfermedad de Alzheimer.

**Trastornos menstruales.** Aparecen en la premenopausia y se manifiestan por alteración en la duración y regularidad de los ciclos, acortándose por varios días o alargándose incluso por meses; el volumen menstrual puede ser desde muy escaso y por lapsos cortos, hasta muy abundante y por semanas, lo que puede incluso causar anemia. Los trastornos menstruales son explicables, por la progresiva declinación de la función ovárica, que origina una ovulación irregular y cada vez menos frecuente, con niveles hormonales cambiantes como consecuencia. <sup>(6,7)</sup>

**Bochornos.** Son parte de lo que se ha llamado síndrome vasomotor y que se caracteriza por sudoración, escalofrío, mareos palpitaciones, cefalea, náuseas, vértigo o insomnio. Estos constituyen el síntoma característico y más frecuente de la llegada de la menopausia. Durante el periodo del climaterio, la deficiencia de estrógenos causa cambios neuroendocrinos en diferentes áreas del cerebro. La carencia de estrógeno en el hipotálamo origina síntomas vasomotores, trastornos del apetito y altera el control de la presión sanguínea. Los síntomas vasomotores que ocurren en 50 –70% de las mujeres y que se caracterizan por bochornos y sudoraciones, se deben a un daño temporal del centro termorregulador hipotalámico. El descenso estrogénico es percibido por el centro regulador de la temperatura, elevándose ésta, como consecuencia los vasos sanguíneos subcutáneos se dilatan periódicamente, lo cual origina estas sensaciones que se refieren como oleadas bruscas de calor en cara, cuello y parte superior del tronco, persistiendo desde pocos segundos hasta varios minutos, pudiendo acompañarse de algún otro de los síntomas descritos. La deficiencia de estrógeno aumenta el tono noradrenérgico y disminuye la actividad dopaminérgica. Estos cambios, en parte son también la causa de los síntomas vasomotores. Varios estudios han demostrado que los péptidos opioides tienen

participación en el control hipotalámico neuroendocrino de los centros termorreguladores. Así mismo los datos experimentales han puesto de manifiesto que en las mujeres, la menopausia quirúrgica o espontánea se relaciona con una caída en la beta endorfina circulante, mientras que los síntomas vasomotores se vinculan con un aumento repentino en el plasma de las concentraciones de beta endorfina causado por la activación del eje hipotálamo- pituitaria (GnRH, LH, FSH) durante los bochornos. <sup>(6)</sup>

**Cambios emocionales.** Algunas mujeres transcurren la menopausia sin trastornos emocionales notorios, otras presentan diversos grados de nerviosismo, irritabilidad, cansancio, agresividad, disminución en la libido, desadaptación, insomnio, alteraciones de la memoria y depresión; Estos trastornos se deben en parte a las modificaciones hormonales, pero también están asociados a otro factores como la estructura de la personalidad de la mujer o de su historia psicológica. Estudios clínicos realizados han demostrado que los esteroides sexuales pueden influir en la neurobiología de las mujeres. Estos estudios han sugerido que el hipoestrogenismo crónico de los años postmenopáusicos influye en la aparición de los trastornos del humor y cognitivos <sup>(8, 9, 10)</sup>.

**Sexualidad:** Existen aspectos orgánicos y emocionales propios de la posmenopáusica, los cuales repercuten negativamente en las relaciones sexuales de no manejarse con oportunidad, entre ellos están: Modificaciones anatómicas como reducción de las dimensiones vaginales, del grosor de sus paredes, así como de la lubricación; retracción de los labios mayores y menores que dejan expuesto al clítoris provocando incomodidad durante la relación sexual; Procesos inflamatorios de la vagina más frecuentes; disminución de la estática del piso pélvico <sup>(11)</sup>.

Otros: Cambios cutáneos. La principal masa y fuerza tensil de la dermis está dada por el colágeno, cuya cantidad disminuye con la caída de los estrógenos, lo que facilita la aparición de líneas de expresión y las arrugas, aunque esto también se ve influenciado por otros factores. Por otra parte la piel se adelgaza dificultando la cicatrización y disminuye su hidratación, lo que provoca resequedad con molestias asociadas como irritación y prurito.

*Cambios urinarios:* La uretra disminuye su grosor en la menopausia, propiciando inflamaciones que producen tenesmo vesical, disuria así como incontinencia urinaria de esfuerzo. Los estudios realizados muestran que las mujeres durante la transición menopáusica tienen una prevalencia de incontinencia urinaria hasta del 56%. El estado de hipoestrogenismo ha sido asociado con cambios anatómicos y fisiológicos tales como adelgazamiento de la mucosa uretral, pérdida de la presión de cierre del esfínter uretral y alteración del ángulo vesico-uretral normal, factores que por sí solos están asociados con Incontinencia Urinaria <sup>(12)</sup>.

### 2.3 TERAPIA HORMONAL DE REMPLAZO.

La terapia sustitutiva con estrógenos para el tratamiento del síndrome climaterio y la prevención de las complicaciones postmenopáusicas implica la situación particular de prescribir fármacos para uso prolongado con el fin de modificar los acontecimientos de un proceso fisiológico y no para tratar una condición patológica, por lo tanto es necesario conocer todos los aspectos generales de la terapia hormonal de reemplazo (THR). En cuanto a beneficios se refiere, en los últimos años se le han atribuido a la terapia hormonal

de reemplazo una gran diversidad de efectos benéficos, atribuibles al uso de estrógenos durante esta etapa de la vida, entre los cuales se encuentran principalmente:

- A) Supresión del síndrome climatérico
  
- B) Prevención de la osteoporosis
  
- C) Reducción de la frecuencia de enfermedad cardiovascular
  
- D) Disminución de la frecuencia de infecciones cervicovaginales, urinarias y trastornos de la estática pélvica.
  
- E) Acciones neurotróficas y Neuroprotectoras.

Las manifestaciones clínicas ocasionadas por la deprivación estrogénica secundaria al decremento acentuado o la pérdida de la función ovárica, constituyen la principal razón por la cual la mujer solicita atención médica. Las más frecuentes son bochornos, alteraciones en el ciclo menstrual y trastornos psicológicos como insomnio, depresión e irritabilidad.<sup>(13, 14, 15,</sup>

16).

Las contraindicaciones y riesgos del uso de la THR, incluyen el sangrado transvaginal de origen desconocido, la enfermedad hepática aguda o crónica, la enfermedad tromboembólica aguda, el carcinoma endometrial y el carcinoma mamario con receptores a estrógenos. Las llamadas contraindicaciones relativas en la actualidad se consideran más bien casos en los cuales es necesaria una valoración individual, para equilibrar

cuidadosamente los beneficios contra los riesgos de administrar la terapia hormonal, en esta categoría se pueden enlistar problemas como la miomatosis uterina, la enfermedad quística mamaria, las colecistopatías, la tromboflebitis crónica, la hipertensión arterial y la diabetes. Los estudios más recientes, han demostrado que las mujeres diabéticas que usan terapia hormonal de reemplazo tienen un mejor control que las mujeres diabéticas sin terapia, lo cual se corrobora con una disminución en los niveles de hemoglobina glucosilada entre las primeras <sup>(17,18)</sup>.

El uso de estrógenos en la mujer posmenopáusica, sin el uso concomitante de un progestágeno, se ha asociado con un riesgo aumentado en 10 a 15 veces para experimentar cáncer endometrial, sin embargo el riesgo para desarrollarlo prácticamente desaparece cuando se adiciona un progestágeno a la terapia estrogénica tanto en los regímenes continuos así como los secuenciales <sup>(19,20)</sup>.

La evidencia disponible revela que el riesgo para desarrollar carcinoma mamario puede no existir o estar sólo ligeramente incrementado después de 10 años de uso continuo de terapia estrogénica. Así mismo puede establecerse el uso de moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, específicamente el Raloxifen en aquellas mujeres con factores de riesgo para desarrollar cáncer mamario. <sup>(21, 22, 23)</sup>

En consecuencia, en la atención médica de la mujer en este periodo de la vida, el médico debe tener presente tanto el motivo de la demanda de consulta como los beneficios potenciales que pueden obtenerse con la terapia sustitutiva y confrontarlos con los riesgos, para realizar las acciones terapéuticas y educativas necesarias en cada caso en particular, es

por esto que se hace necesario que el médico posea conocimiento de los diversos esquemas para que la paciente, previamente informada, y el médico puedan elegir conjuntamente la mejor opción para cada paciente. Antes de indicar el tratamiento es necesario realizar una evaluación clínica completa en la cual se descarte la presencia de cualquier contraindicación o factor de riesgo que limite la administración de la terapia. Esta valoración debe incluir:

- a) Valoración de la mama: Interrogar en busca de factores de riesgo, Exploración física, Mastografía.
  
- b) Valoración de aparato Urogenital: Interrogar la presencia de factores de riesgo para Ca Cervico-uterino, de ovario y endometrial. La exploración del útero, ovarios, vagina y vulva se debe realizar antes de iniciar el manejo y después de iniciarlo se realizará cada año, y se debe acompañar de otros estudios complementarios como la citología vaginal y el ultrasonido.
  
- c) Valoración cardiovascular: Se debe interrogar en busca de factores de riesgo cardiovascular, debe evaluarse el peso y la talla en cada consulta, así como el Índice de masa corporal (IMC) y en Índice cintura cadera. También se debe medir la Tensión arterial para descartar la presencia de Hipertensión arterial sistémica, Así mismo es necesario medir el Colesterol total (CT), las lipoproteínas de alta densidad (HDL-C), las lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) y los Triglicéridos. Se debe calcular el índice aterogénico. (IA= CT/HDL-C).



- d) Valoración de la Glucosa: Se debe hacer una determinación antes de iniciar la terapia y una vez instaurada ésta el examen se debe realizar cada 3 años.
  
- e) Valoración Ginecoendocrinologica: Medición de las concentraciones séricas de hormona luteinizante (LH) y de hormona foliculoestimulante (FSH) antes del inicio de la terapia.
  
- f) Valoración del colon: Se deben interrogar los factores de riesgo para Cáncer de colon, se debe realizar tacto rectal anual en las mujeres desde los 40 años de edad, búsqueda de sangre oculta en heces y sigmoidoscopia cada 3 años en las mayores de 50 años.

Estas medidas ayudan a una detección temprana y oportuna de las principales afecciones que aquejan a la mujer en el climaterio, así como la vigilancia de las pacientes que están recibiendo terapia hormonal de reemplazo (Ver anexo) <sup>(24, 25, 26)</sup>.

Los esquemas de tratamiento son modelos preestablecidos en cuanto a dosis y en ocasiones en cuanto a vía de administración, estos esquemas se deben considerar como prescripciones que se repiten en forma cíclica ó que se mantienen de, manera continua. Con la THR se deben tratar de satisfacer las siguientes condiciones:

- 1.- Administrar la dosis mínima útil que controle los síntomas.
- 2.- Corregir los trastornos en lípidos y proteger contra el riesgo de osteoporosis.
- 3.- Liberación continua para mantener dosis constantes del medicamento.

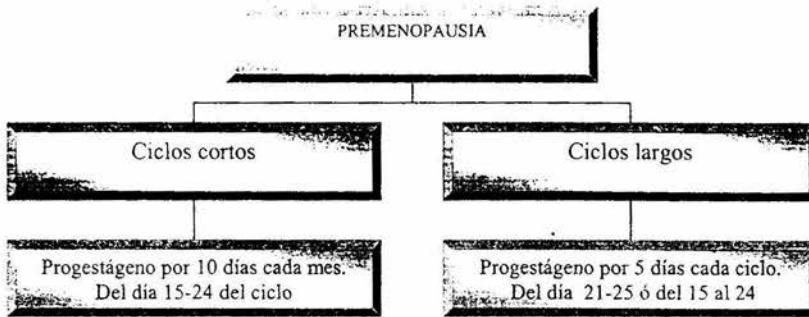
- 4.- Imitar el ciclo ovárico natural.
- 5.- Fácil administración
- 6.- Posible de suspender inmediatamente cuando se desee
- 7.- Que el estrógeno sea de preferencia, natural
- 8.- Bajo gasto.

Los esquemas se clasifican de la siguiente forma:

- a) de acuerdo a su continuidad: secuencial, semicontinuo y continuo.
- b) de acuerdo con el número fármacos administrados: monoterapia, terapéutica combinada. (cuadro 2)
- c) de acuerdo con el tipo de fármaco administrado: (estrógeno solo, estrógeno, progestágeno, estrógeno- andrógeno).

Como ya se mencionó cada uno de ellos tienen sus ventajas con respecto de los otros y deben indicarse según las características de cada mujer: (Ver FIGURAS 1)

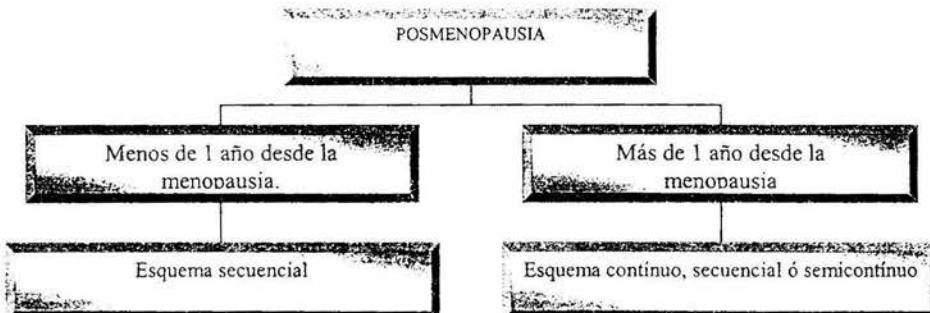
Fig. 2 Esquemas de tratamiento en la premenopausia:



CON SÍNTOMAS VASOMOTORES SE ADICIONA ESTRÓGENO

Carranza L. S. Terapia hormonal de reemplazo. México: Mc Graw-Hill Interamericana editores  
2001 pp. 95-115.

Fig. 3 Esquemas de tratamiento en la posmenopausia:



Carranza L. S. Terapia hormonal de reemplazo. México: Mc. Graw-Hill Interamericana editores  
2001 pp. 95-115.

Por último es necesario mencionar que en la actualidad existen múltiples alternativas para el manejo del síndrome climaterio, las cuales han demostrado ya su utilidad en diversos estudios. Entre estas se encuentran principalmente Los fitoestrógenos que son sustancias que después de sufrir cambios en el organismo de quien los consume, tienen acción parecida a los estrógenos, estos se pueden encontrar en algunos vegetales, o ingeribles en forma de tes, los tipos más conocidos de fitoestrógenos son las isoflavonas y los lignanos, los cuales están presentes principalmente en la soya, la semilla de lino, trébol rojo, pero también se encuentran en el centeno, alubias, frijol, avena, chícharos, chilacayote, espárragos, cacahuete, peras, higo, granada, ciruela, maíz, ginseng, garbanzo, ajo, alfalfa, lentejas, té verde, vino tinto y cerveza. Estos se consideran en la actualidad como variantes naturales de los moduladores selectivos de receptores estrogénicos (SERM's), por lo que tienen propiedades estrogénicas, antiestrogénicas y otras. Otras alternativas son la Fitoprogesterona, la cual está presente también en la soya; Suplementos de vitaminas y minerales: calcio, Vitamina D, vitamina E, C y betacaroteno (antioxidantes); El uso de Medicamentos no hormonales para contrarrestar los síntomas del síndrome climaterio. Todas estas medidas pueden mejorar la calidad de vida pero es necesario hacer hincapié que tanto la terapia hormonal de reemplazo, como las terapias alternativas deben acompañarse de cambios en el estilo de vida, es decir de los factores modificables que le permitan a la mujer atravesar estas etapas fisiológicas con éxito <sup>(27, 28, 29, 30)</sup>.

### *PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.*

La evidencia vertida de múltiples estudios que se han realizado en todo el mundo para valorar la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio y la menopausia, ha demostrado que efectivamente, estas etapas tienen una repercusión significativa en la Calidad de vida. Algunos autores encontraron una asociación con el nivel socioeconómico, baja escolaridad así como la ocupación, sin embargo otros autores no corroboran esta asociación. <sup>(31,32)</sup>.

A pesar de que se han realizado estos estudios, todavía existe poca investigación sobre el impacto de la terapia hormonal de reemplazo (THR) en la calidad de vida de estas mujeres por lo que se hace necesario el investigar:

***¿CUÁL ES LA INFLUENCIA DE LA TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER CON SINDROME CLIMATERIO?***

### 3. HIPÓTESIS.

El uso de terapia hormonal de reemplazo influye positivamente en la calidad de vida de las pacientes con Síndrome Climaterio.

### 4. OBJETIVOS.

#### 4.1 Objetivo General:

Conocer si el uso de la Terapia Hormonal de Reemplazo tiene una influencia positiva sobre la calidad de vida de las mujeres con síndrome climaterio.

#### 4.2 Objetivos específicos.

- 4.2.1 Evaluar la calidad de vida de las mujeres con Síndrome climaterio, usuarias de la UMF No. 21, tanto las que reciben terapia hormonal de reemplazo, como las que no la reciben.
- 4.2.2 Comparar la calidad de vida de las pacientes con síndrome climaterio con y sin Terapia Hormonal de Reemplazo.
- 4.2.3 Determinar si el uso de terapia hormonal de reemplazo en el tratamiento del síndrome climaterio mejora la calidad de vida.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente estudio se realizó en la U.M.F. No. 21 y es de tipo:

- ✓ Transversal ya que se realizara en un solo momento.
- ✓ Retrospectivo porque se evaluarán situaciones que ocurrieron en el pasado
- ✓ Observacional: Ya que el investigador no manipulará variables.
- ✓ Comparativo: ya que se comparará a dos grupos
- ✓ De asociación causal. Ya que intenta asociar estadísticamente causa- efecto entre 2 variables <sup>(33)</sup>.

Los datos se recolectaron mediante la aplicación de un instrumento de evaluación (Anexo 1) a mujeres de entre 55 y 59 años de edad, las cuales fueron seleccionadas de forma aleatoria (muestreo sistemático) La muestra de las usuarias de la UMF 21, fue tomada de entre las pacientes que se presentaron a demandar consulta en ambos turnos y de todos los consultorios en el periodo que va del 15 de Septiembre al 15 de noviembre del presente año, posteriormente se dividieron en dos grupos: 1) de las mujeres que presentaban síndrome climaterio, pero que no tenían terapia hormonal de reemplazo y 2) de aquellas que presentaron síndrome climaterio y que recibían terapia hormonal de reemplazo. Previa autorización verbal de las pacientes se les aplicó a todas una encuesta que consta de 37 reactivos, los cuales exploran las principales características biopsicosociales que influyen en la determinación de la calidad de vida en las pacientes con Síndrome climaterio, las cuales se han clasificado en 5 áreas que son:

~ *Salud física.*

~ *Salud psicológica.*

~ *Relaciones sexuales.*

~ *Relaciones de pareja y*

~ *Soporte social.*

Finalmente se compararon las puntuaciones obtenidas por los dos grupos para determinar si realmente existe diferencia entre las pacientes con y sin terapia hormonal de reemplazo, así mismo se realizó análisis estadístico para evaluar la asociación entre la terapia hormonal de reemplazo y la calidad de vida.

#### 5.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Considerando que la población de mujeres de entre 55 y 59 años de edad, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 registradas en el año 2003 es de 3335, se calculó la muestra utilizando la fórmula para estudios de casos y controles de Schlesselman, con apoyo del paquete estadístico EPI INFO6, determinando que se requería de una muestra de 135 casos y 135 controles <sup>(34)</sup>.



## 5.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	5.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<p>*Sexo Femenino</p> <p>*De 55 a 59 años de edad</p> <p>*Usuarías de la UMF No. 21 del IMSS</p> <p>*Sin enfermedad crónico degenerativa</p> <p>*De cualquier estado civil.</p> <p>*Que deseen participar en el estudio.</p> <p>* En cuanto a la terapia hormonal de reemplazo: que hayan tomado esta por lo menos 3 meses previos a la aplicación de la encuesta.</p>	<p>*Quienes contesten la cédula de encuesta, de forma incompleta</p> <p>* Aquellas que contesten de forma incorrecta la cédula de encuesta, ya sea por duplicidad de las respuestas o bien por escribir otras respuestas diferentes a las estipuladas en el formato de cédula de encuesta.</p> <p>* Aquellas quienes habiendo contestado completa la cédula de encuesta no haya congruencia en sus respuestas.</p>

### 5.3. ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES:

#### 5.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

*CALIDAD DE VIDA*

#### 5.3.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:

*USO DE TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO*

#### 5.3.3 VARIABLES ANTECEDENTES:

##### A) Demográficas:

*EDAD  
ESTADO CIVIL  
OCUPACIÓN.*

##### B) Socioeconómicas:

*ESCOLARIDAD*

## 5.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

## 5.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEF CONCEPTUAL	DEF OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
CALIDAD DE VIDA	Niveles de satisfacción y bienestar asociados con los sucesos que una persona puede presentar como consecuencia de una enfermedad y/o su tratamiento.	Conjunto de características biopsicosociales que posee una persona en relación con las manifestaciones del síndrome climaterio y que se exploran en una encuesta agrupada en 5 rubros, los cuales son: salud física, salud psicológica, relaciones sexuales, relaciones de pareja y soporte social.	37-130 Bajo nivel de calidad de vida.  131-185: Alto nivel de calidad de vida

## 5.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

USO DE TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO	Suministro de hormonas sexuales (estrógenos, progesterona) que se administran como medida para contrarrestar los efectos de la disfunción ovárica que precede y acompaña a la menopausia.	Ingesta de Estrógenos / Progestágenos con la finalidad de abatir los síntomas del síndrome climaterio y que se hayan administrado por los menos 3 meses previos a la aplicación del instrumento.	1.- SI  2.- NO
--	---	--	----------------------

## 5.4.3 VARIABLES ANTECEDENTES:

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha del estudio	Tiempo que una persona a vivido desde su nacimiento hasta la fecha del estudio	Escala: Cuantitativa absoluta  Indicador: años cumplidos
ESCOLARIDAD	Grado máximo de estudios cursado y acreditado, en un sistema formal de enseñanza o no.	Último grado escolar que se haya cursado y aprobado al momento de realizar la encuesta	Escala: ordinal 1) Primaria completa 2) Primaria incompleta 3) Secundaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Preparatoria completa 6) Preparatoria incompleta 5) Carrera Técnica 6) Profesional 7) Postgrado
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles	Situación de la persona, en relación con las leyes y costumbres matrimoniales, en el que se encuentra la persona en el momento de aplicar la encuesta.	Escala: Cualitativa nominal. 1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre 4) Divorciada o separada 5) Viuda
OCUPACIÓN	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo y/o que provee al hombre de medios económicos para su subsistencia.	Actividad remunerada o no a la que dedica la mayor parte de su tiempo, Oficio que una persona desempeña.	Escala: Cualitativa nominal 1) Ama de casa, 2) Empleada, 3) Obrera, 4) Comerciante, 5) Secretaria, 6) Enfermera, 7) Maestra 8) Doctora 9) Asistente médico 10) Jubilada 11) Odontóloga

## *6. ANALISIS ESTADISTICO.*

Se realizó la captura de todos los datos recopilados en una base estadística, con apoyo del programa SPSS V10 y posteriormente se procedió a realizar medidas de tendencia central a las variables más importantes.

Para comprobar la asociación o no entre dos variables se realizaron tablas de contingencia de 2 x 2 para obtener razón de momios y riesgo relativo, lo anterior con intervalos de confianza del 95%.

## *7. CONSIDERACIONES ETICAS .APLICABLES AL ESTUDIO.*

De acuerdo a lo estipulado en la declaración de Helsinki y su posterior ratificación en Tokio, por ser un trabajo de investigación de tipo observacional, no se requiere de un consentimiento informado por escrito, por lo que sólo fue necesaria la autorización verbal de la paciente para aplicarle la encuesta e incluirla en el estudio.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país; el presente trabajo conforme al Título segundo Capítulo 1, Artículo 17, Categoría 1 que señala “una Investigación sin riesgo debido a que los individuos que participarán en el estudio, únicamente aportaron datos a través de una entrevista y/o revisión de expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos ni mentales”.

## 8. RESULTADOS.

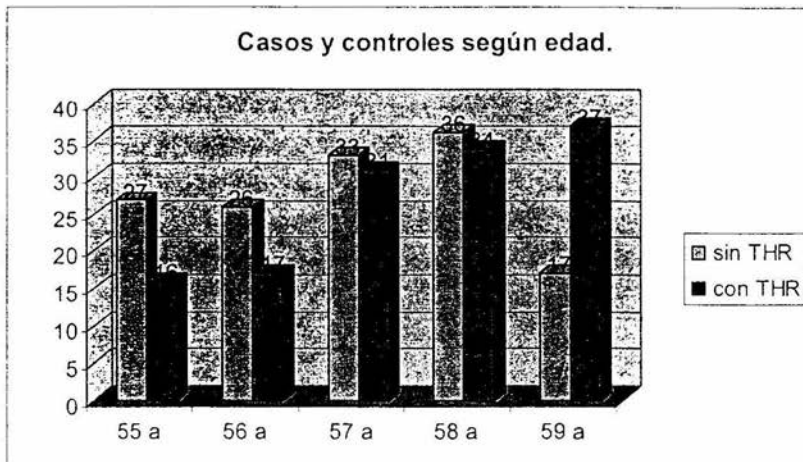
### 8.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

Se realizó la investigación con una muestra de 274 mujeres de entre 55 y 59 años de edad, las cuales se distribuyeron de la manera siguiente:

- 1) Mujeres sin terapia hormonal de reemplazo: 139 y
- 2) mujeres con Terapia hormonal de reemplazo: 135.

*Cuadro 1.- Distribución del grupo control y casos según edad\*.*

EDAD	SIN TERAPIA	CON TERAPIA	TOTAL
55	27	16	43
56	26	17	43
57	33	31	64
58	36	34	70
59	17	37	54
TOTAL	139	135	274



\*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre de 2003  
La principal ocupación en ambos grupos fue la de ama de casa con un 63.3% para el grupo sin THR y 51.1 para el grupo con THR, el restante 36.7% del grupo sin THR se

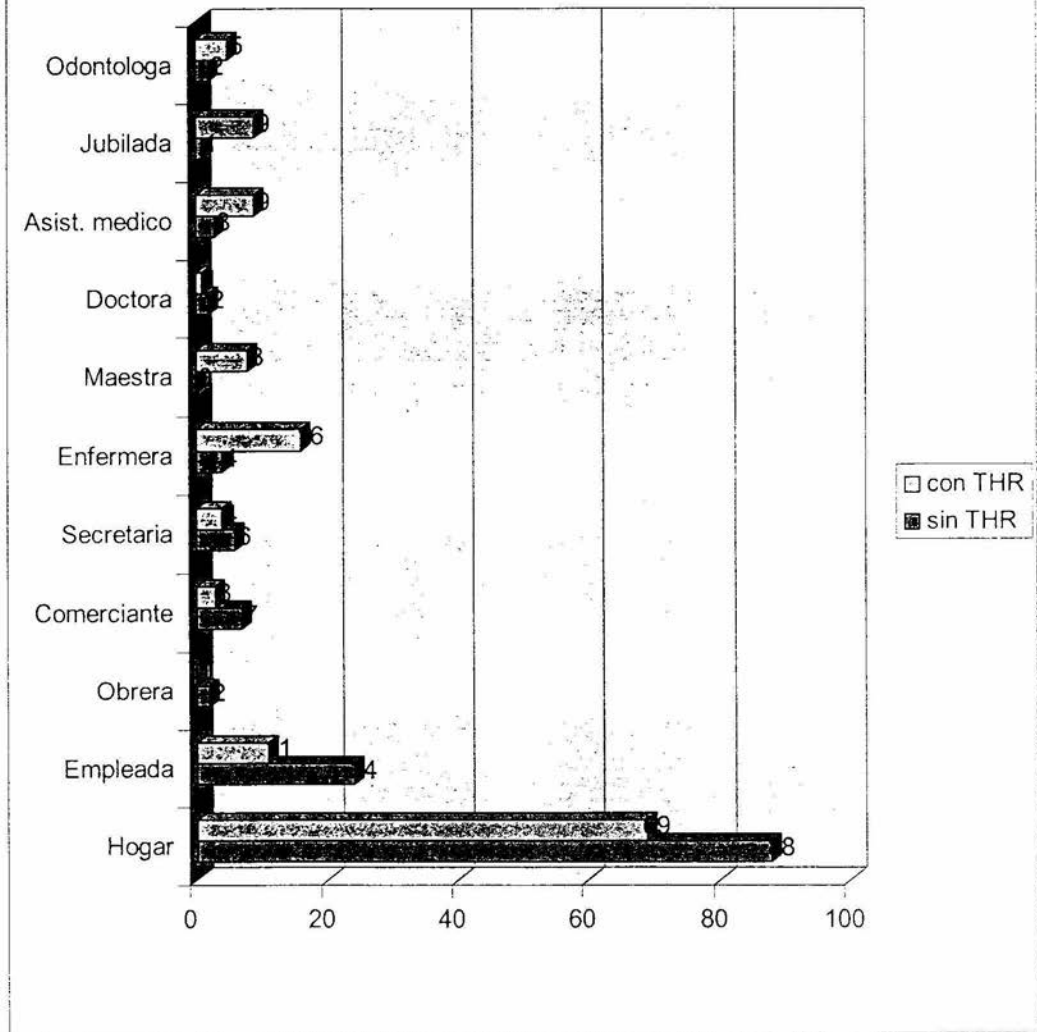
reparte principalmente en: Empleadas 17.3%; comerciante 5% y; secretaria 4.3% entre otras con menos frecuencia... El 48.9% restante del grupo con THR está representado principalmente por Enfermera 11.8%; Empleada 8.1 y asistente médica y jubiladas con 6.7% cada uno.

*Cuadro 2.- Grupo control y casos según ocupación\**

OCUPACION	GPO CONTROL	CASOS	TOTAL
1.-HOGAR	88	69	157
2.-EMPLEADA	24	11	35
3.-OBRERA	2	0	2
4.-COMERCIANTE	7	3	10
5.- SECRETARIA	6	4	10
6.- ENFERMERA	4	16	20
7.- MAESTRA	0	8	8
8.-DOCTORA	2	1	3
9.-ASISTENTE MEDICO	3	9	12
10.-JUBILADA	1	9	10
11.- ODONTOLOGA	2	5	7
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>135</b>	<b>274</b>

\*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre de 2003.

**Grafico 2. Casos y controles según ocupación**



\*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre de 2003.



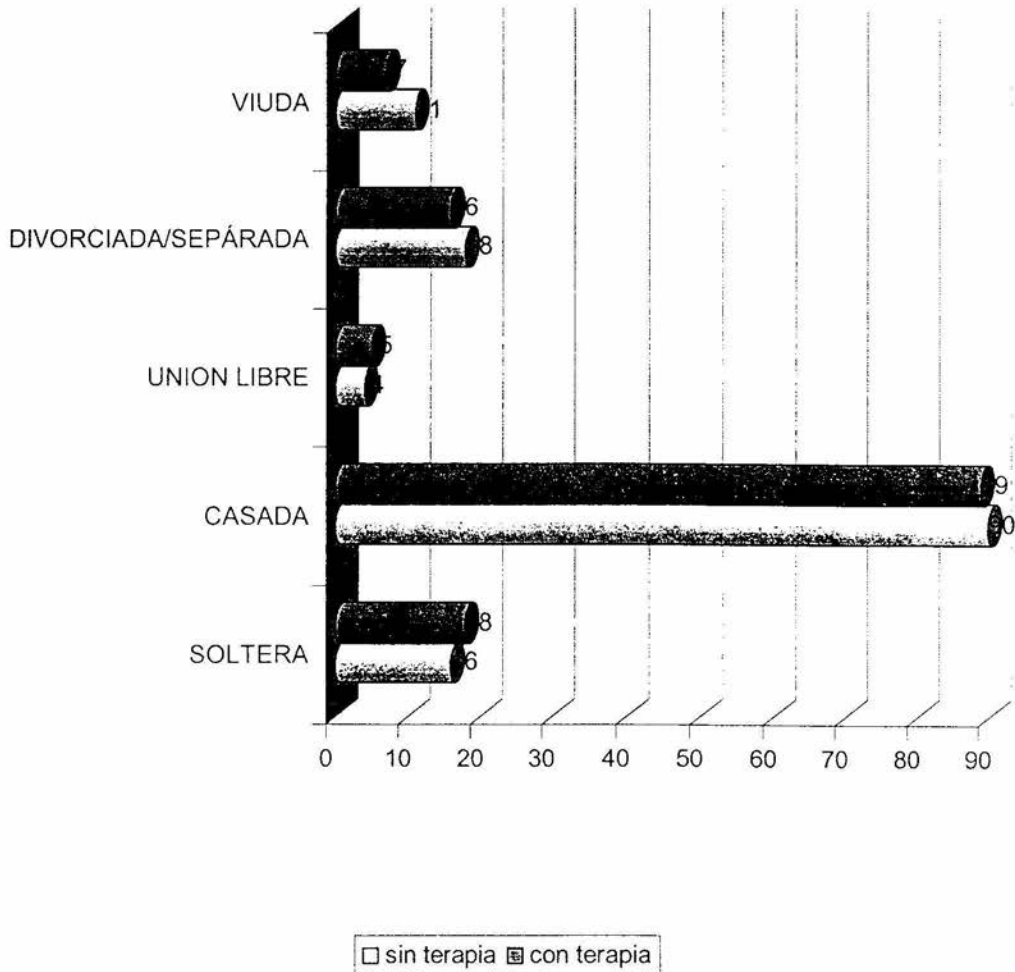
Con respecto al estado civil, la mayoría de las mujeres del grupo sin THR son casadas 64.7%, seguidas de las divorciadas con 12.9%, Las solteras 11.5%, Viudas en un 7.9% y en Unión libre tan sólo el 2.8%. Mientras que en el grupo con THR se encontró a las casadas en 65.9%; Solteras 13%; Divorciadas 11.8%, viudas 5.2% y en Unión libre el 3.7%.

*Cuadro 3.- Grupo control y casos según estado civil.*

<b>EDO. CIVIL</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>CASOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>SOLTERA</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>34</b>
<b>CASADA</b>	<b>90</b>	<b>89</b>	<b>179</b>
<b>UNION LIBRE</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>DIVORCIADA/SEPÁRADA</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>34</b>
<b>VIUDA</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>18</b>
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>135</b>	<b>274</b>

\*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre de 2003.

**Grafico 2. Casos y controles según estado civil\***



\*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre de 2003.

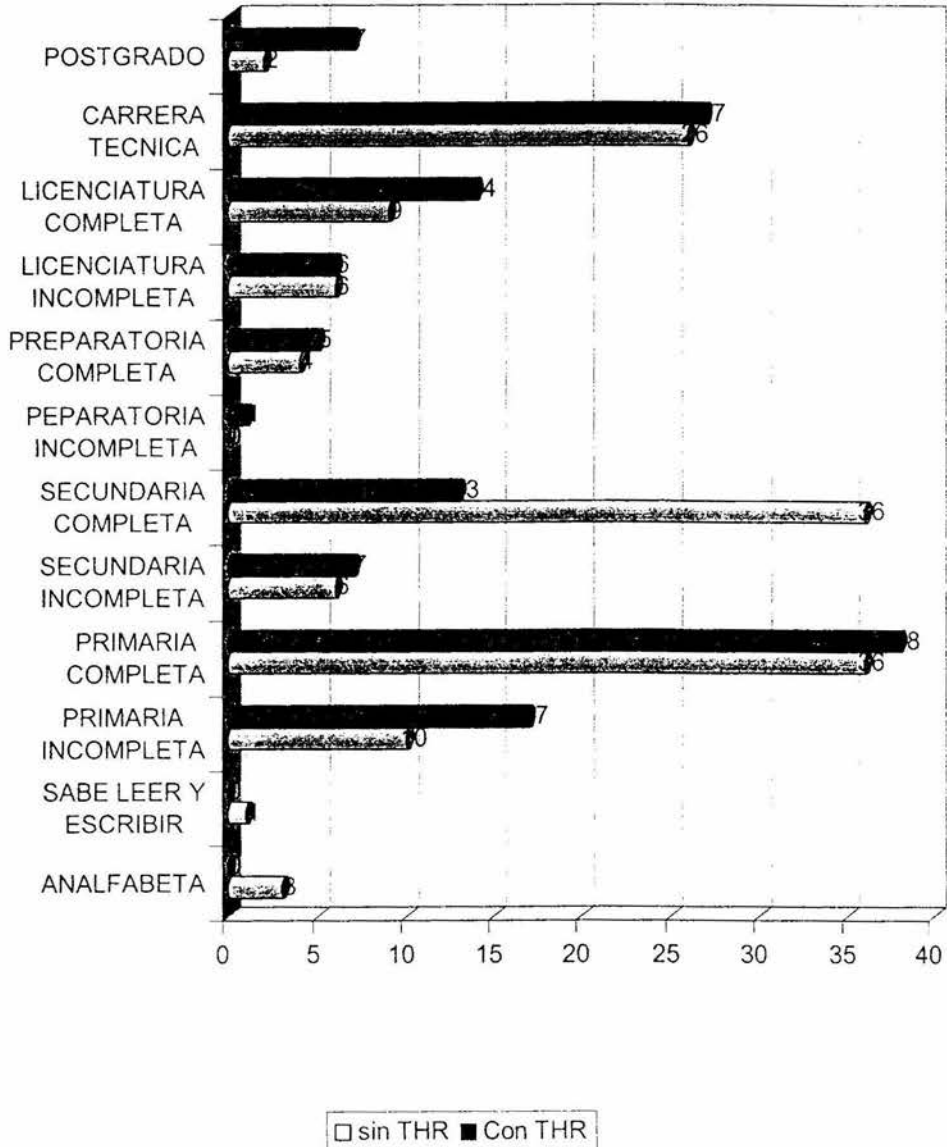
En el grupo sin THR las principales escolaridades fueron: 1) primaria y la secundaria completas con un 25.9% cada una; 2) Carrera técnica con un 18.7% y; 3) primaria incompleta con un 7.2%, en tanto que en el grupo con THR las principales fueron: 1) Primaria completa 28.1%; 2) Carrera técnica con 20%; 3) Licenciatura completa con 13.4% y; 4) Primaria incompleta 12.6.

*Cuadro 4.* –grupo control y casos según escolaridad

ESCOLARIDAD	GRUPO CONTROL	CASOS	TOTAL
ANALFABETA	3	0	3
SABE LEER Y ESCRIBIR	1	0	1
PRIMARIA INCOMPLETA	10	17	27
PRIMARIA COMPLETA	36	38	74
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	7	13
SECUNDARIA COMPLETA	36	13	49
PEPARATORIA INCOMPLETA	0	1	1
PREPARATORIA COMPLETA	4	5	9
LICENCIATURA INCOMPLETA	6	6	12
LICENCIATURA COMPLETA	9	14	23
CARRERA TECNICA	26	27	53
POSTGRADO	2	7	9
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>135</b>	<b>274</b>

\*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre de 2003.

**Grafica 4. casos y controles según escolaridad\***



\*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre 2003

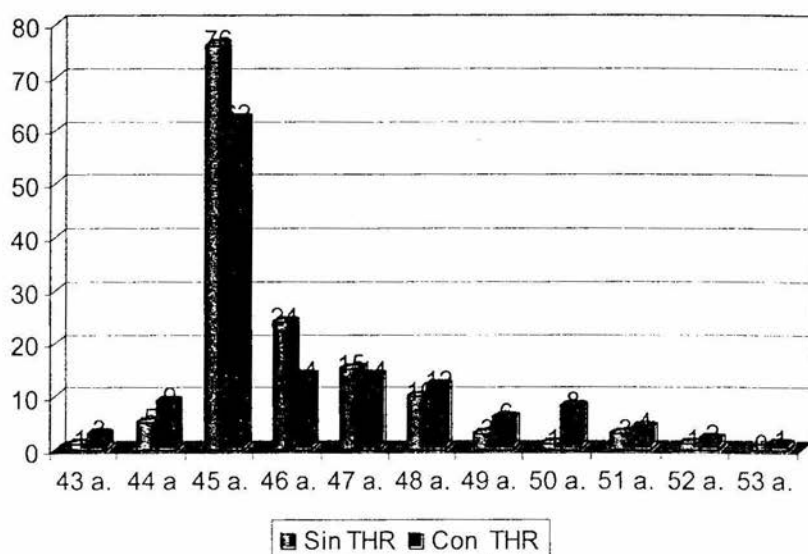
Finalmente, con respecto a la edad en que se presentó la menopausia, esta tiene un rango amplio siendo la edad menor de presentación los 43 años (0.7% para el grupo sin THR y 2.2% para el grupo con THR). Mientras que la edad mayor de presentación fue de 53 años (0.7%) para el grupo sin THR y de 52 años (1.4 %) para el grupo de pacientes con THR. La edad más frecuente de presentación fue a los 45 años: 54.6% para al grupo sin THR y 45.9% para el grupo con THR. Seguida de los 46 años con 17.2% y 10.0% respectivamente. Le siguen los 47 y 48 años en ese orden.

*Cuadro 5.- Grupo control y casos según edad de presentación de menopausia\*.*

<b>EDAD</b>	<b>SIN THR</b>	<b>CON THR</b>	<b>TOTAL</b>
43	1	3	4
44	5	9	14
45	76	62	138
46	24	14	38
47	15	14	29
48	10	12	22
49	3	6	9
50	1	8	9
51	3	4	7
52	1	2	3
53	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>135</b>	<b>274</b>

Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre de 2003.

**Grafica 5. Casos y controles según edad de presentación de menopausia\***



Fuente: Encuesta realizada por el investigador en la UMF No. 21 de Septiembre a Noviembre de 2003.

## 8.2 ANÁLISIS DE ASOCIACION.

Al Realizar el análisis de asociación de Calidad de vida y grado de escolaridad, sólo con el grupo de mujeres sin THR, se encontró lo siguiente:

- RR = 1.89, con un Intervalo de confianza de 95% (1.23 – 2.91)  
Con un valor de P = 0.002.

En lo que respecta al análisis de asociación de calidad de vida y ocupación dentro o fuera del hogar se encontró que:

- RR = 2.68, con un Intervalo de confianza de 95% (1.16 – 6.20)  
Con un valor de P = 0.007.

Al realizar el análisis de asociación entre calidad de vida y tiempo de evolución de la posmenopausia se encontró lo siguiente:

- RR = 0.71, con un Intervalo de confianza de 95% (0.50 – 1.0)  
Con un valor de P = 0.053.

Al realizar el análisis de asociación con la razón de momios (Odds ratio) se encontró lo siguiente:

1) Con respecto a la asociación de la Terapia Hormonal de reemplazo y la Salud física se obtuvieron los siguientes resultados:

- RM = 8.42, con un Intervalo de confianza de 95% (3.00- 25.45)  
y con un valor de P = 0.000

2) En cuanto a la asociación de la Terapia Hormonal de reemplazo y la Salud psicológica se encontró que:

- RM = 4.26, con un Intervalo de confianza de 95% (1.58 - 12.14)  
Y con un valor de P = 0.001.

3) En relación a la asociación entre la Terapia Hormonal de reemplazo y las relaciones sexuales se obtuvo:

- RM = 2.82, con un Intervalo de confianza de 95% (1.64 - 4.84)  
Y con un valor de P = 0.000.

4) Para la asociación entre Terapia hormonal de reemplazo y relación de pareja se encontró lo siguiente:

- RM = 2.80, con un Intervalo de confianza del 95% (1.55 – 5.05)  
Con un valor de P = 0.000.



5) En relación a la asociación de soporte social y Calidad de Vida se obtuvieron los siguientes resultados:

- RM = 5.47, con un Intervalo de confianza de 95% (1.47 – 2.21)

Con un valor de  $P = 0.000$ .

6) Finalmente, con respecto a la asociación entre Terapia hormonal de reemplazo y Calidad de vida se encontró lo siguiente:

- RM = 12.11, con un Intervalo de confianza de 95% (5.75 – 26.06)

Con un valor de  $P = < 0.000$ .

## 9. DISCUSION.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos en la presente investigación se encuentra congruencia con lo reportado por estudios previos (31,32) en lo que respecta a la edad promedio de presentación de la menopausia, la cual se reporta en series realizadas entre los 45-50 años coincidiendo con nuestras observaciones, Así mismo se observó que la percepción de la sintomatología climaterica está asociada a otros factores socioeconómicos tales laborar fuera del hogar ó el grado de escolaridad , aunque consideramos necesario abrir nuevas líneas de investigación para determinar estas situaciones con mayor claridad.

Por otra parte también se ha reportado por algunos investigadores (33,34) que la sintomatología del síndrome climaterio es temporal e incluso han estimado un tiempo aproximado de 5 años, sin embargo en esta investigación se observaron mujeres de hasta 16 años de posmenopausia, quienes aún continúan refiriendo sintomatología y si bien la evaluación que se realizó en cuanto al tiempo de evolución y la calidad de vida no fue concluyente si pudimos observar que la sintomatología en muchas mujeres sigue presente aún después de 10 años.

## 10. CONCLUSIONES.

De todo lo expuesto anteriormente se desprende que:

1. La baja escolaridad (secundaria ó menos), así como el ser ama de casa son factores de riesgo para que las mujeres presenten disminución de su calidad de vida durante el climaterio.
2. El tiempo de evolución de la posmenopausia es un factor en controversia, ya que si bien el RR estimado según nuestras observaciones le confiere carácter de protector, los intervalos de confianza incluyen a la unidad por lo que pierde confiabilidad además de que el valor de P es no significativo estadísticamente, por lo que deberá estudiarse este factor en investigaciones posteriores.
3. El uso de la Terapia Hormonal de reemplazo confiere protección contra el daño a la salud física, y psicológica, ya que las mujeres que no la utilizan, tienen un riesgo 8.42 veces mayor de presentar daños a su salud física y un riesgo 4.26 veces mayor de presentar afección de su salud Psicológica.
4. El uso de la Terapia Hormonal de Reemplazo es un factor protector contra el deterioro de las relaciones Sexuales, así como de las relaciones de pareja, ya que las mujeres que no la reciben, tienen un riesgo aumentado en 2.82 veces de presentar deterioro en las primeras y, en 2.80 veces de sufrir deterioro de sus relaciones de pareja.

5. El uso de la THR en la menopausia y el climaterio, se perfila como un factor protector para evitar deterioro de del soporte social, ya que las mujeres que no toman hormonales, presentan un riesgo 5.467 veces mayor de ver mermada sus redes de apoyo social.
  
6. El uso de la Terapia Hormonal de Reemplazo, es un factor protector para la Calidad de vida, ya que las mujeres que no reciben THR, tienen un riesgo 12.11 veces mayor de tener una baja calidad de vida.

## 11 SUGERENCIAS.

Del presente trabajo se desprende que el Dx y tratamiento oportuno del Síndrome climaterio elevará la Calidad de Vida de nuestras pacientes por lo que sugiero:

- 1.- Que se realicen talleres para capacitar a los Médicos Familiares en el diagnóstico del Síndrome climaterio.
- 2.- Que se forme un módulo de atención a mujeres con Síndrome Climaterio en el cual se brinde un apoyo integral a las pacientes y donde la atención incluya:
  - a) Diagnóstico de Síndrome Climaterio.
  - b) Evaluación del estado de salud y factores de riesgo para determinar si la paciente es candidata a recibir Terapia Hormonal de Reemplazo.
  - c) Instauración de la Terapia Hormonal de Reemplazo.
  - d) Control mensual de la mujer con Terapia Hormonal de Reemplazo.
  - e) Apoyo de Terapia nutricional, psicológica y psiquiátrica en caso necesario.
  - f) Brindar apoyo con Terapias alternativas para aquellas mujeres que no son candidatas a tomar Terapia Hormonal de Reemplazo, o aquellas quien durante el tratamiento presenten indicación para retirarlo.
- 3.- Que las platicas sobre Síndrome Climaterio que actualmente se da a las mujeres en edad perimenopáusica, se extiendan también para abarcar población de mujeres más jóvenes para iniciar desde edad temprana con medidas preventivas como realización de ejercicio dieta rica en calcio, evitar el tabaquismo y alcoholismo y disminuir el consumo de sustancias dañinas.

## 12. BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Buendía Bermejo J. Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: El cuestionario MENCAV Atención Primaria 2001; 27 (2): 58-66.
- 2) Genazzani AR. Validation of Italian versión of de Women's Health Questionnaire: assessment of quality of life of women from de general population and those attending menopause centers. Climacteric. 2002 Mar 5(1): 70-77,
- 3) Wool C. Psychometric validation of two Italian quality of life questionnaires in menopausal women. Maturitas; 2000 May 35(2): 129-142,
- 4) Olazábal Ulacia JC, et al: La atención de la mujer menopaúsica: un objetivo a desarrollar desde la atención primaria. Atención Primaria 2000; 26 (6): 405-414.
- 5) Rodríguez Segismundo: Salud en Climaterio y menopausia: Una visión al futuro 2ª ed.. México 2001. PP 33-55.
- 6) Dennerstein L. A prospective population-based study of menopausal symptoms. Obstetric Gynecol 2000; 96: 351-358.
- 7) Taffe J, Dennerstein L. Menstrual diary data and menopausal Transition; Methodologic issues. Act Obstetrick and Gynecologica Escandinava Jul 2002 81 (7): 588-594

- 8) Genazzani AR , et al: Menopausia y sistema nervioso central: Opciones de intervención\_ Climaterio 1999; 13 (3) 42-48.
- 9) Bosworth HB, et al. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms women at midlife, Psychosomatic Medicine.2000 Jul- Aug 63 (4): 603-6008.
- 10) Genazzani AR, Spinetti A, Bernardi F: Menopausia y sistema nervioso central: opciones de intervención\_ Climaterio 1999; 3 (13): 42-51.
- 11) Mc Coy NL. Longitud study of the menopause and sexuality. Act Obstetrick and Gynecologica Escandinava Jul 2002. 81 (7):617-623
- 12) Sherburn Margaret, et al. Is incontinence associated with menopause? Obstetrics and Gynecology Oct 2001; 98 (4) 628-633,
- 13) Velasco Murillo Vitelio, et al: Terapia hormonal de reemplazo en el climaterio y la Posmenopausia. Rev Med del IMSS 2000; 38 (2) 131-138.
- 14) Mattheus Ka, et al. Changes in cardiovascular risk factor during perimenopause and postmenopause and carotid artery atherosclerosis in healthy women.
- 15) Zúñiga Sergio. Tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica\_ Rev. Med. del IMSS; 2001; 39 (3) 223-231.

- 16) Velasco Murillo Vitelio, et al. Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia en medicina familiar. *Rev. Med. Del IMSS* 1998; 36 (6):463-476.
- 17) Velasco Murillo Vitelio, et al: Terapia hormonal de reemplazo durante el climaterio y posmenopausia. Controversias respecto a su uso. *Rev Med del IMSS* 2000; 38 (4) 301-308.
- 18) Troisi Rebeca J, Cowie Catherine C, Harris Maureen. Hormone replacement Therapy and glucose metabolism. *Obstetrics and Gynecology*; 96(5): 665-670.
- 19) Archer David F. Pickar James H. Hormone Replacement Therapy: Effect of progestin dose and time since menopause on endometrial Bleeding. *Obstetrics and Gynecology*; Dec 2000; 96(6): 899-905,
- 20) Weiderpass E, Adammi H-O, Baron JA, et al. Risk of endometrial cancer following estrogen replacement with and without progestins. *J. Natl Cancer Inst*, 1999 (91).
- 21) Moorman R, et al. Menopause hormones and breast cancer in a biracial population. *American Journal of public health* 2000 Jun; 90(6): 966-971.
- 22) Armstrong Katrina, Tze Ming Chen, Albert Daniel, et al. Cost- Effectiveness of Raloxifene and Hormone replacement therapy in postmenopausal Women: Impact of Breast Cancer risk. *Obstetric and Gynecology*. December 2001; 98 (6): 996-1003.
- 23) Marsden J. The menopause, hormone replacement therapy and breast cancer. *Journal of steroid Biochemistry and Molecular Biology*. Dec 2002; 83(5) 123-132.



- 24) Carranza Lira Sebastian, "Terapia hormonal de reemplazo". 2ª ed. México: Ed McGraw-Hill Interamericana,
- 25) Archer David F, Utian Wulf H. Prescripción del tratamiento de sustitución hormonal. Atención Médica. Octubre 2001; 14(10): 33-46.
- 26) Mc Nagny SE. Prescribing hormone replacement therapy for menopause symptoms. Annals of Internal Medicine. Oct 1999; 131(8): 605- 616,
- 27) Morelli Vicent, Nanquin Christopher. Alternative therapies for traditional disease states: Menopause. American Family Physician; 66 (1): 129-135.
- 28) Kass Amnese B, et al. Alternative therapies for menopause. Clinical Obstetric and Gynecology; 43(1):162-183.
- 29) Rodríguez Segismundo: Salud en Climaterio y menopausia: Una visión al futuro 2ª Edición. México: Ed Interamericana; 2001
- 30) Fugh Kronenberg F, Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal psintoms a reviewof randomized controlled trials. Annals of Internal Medicine. Nov 2002; .137(10): 805-813,
- 31) Genazzani AR, Nicolucci A, Campagnoli C, et al. Assesment of de Quality of Life in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non users. Maturitas. 2002 Aug 30; 42(4):267-280,

- 32) Brzyski RG. Medrano MA. Hyatt-Santos JM. Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertility and Sterility*. 2001 Jul.; 76(1): 44-50,
- 33) Castillo Salgado Carlos. "Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil". OPS México 1999. pp. 342.
- 34) Gómez Gómez Manuel, Danglot-Bank Cecilia, Huerta Alvarado Sigfrido, Garcia de la Torre Guadalupe. El estudio de casos y controles: su diseño, análisis e interpretación, en investigación clínica. *Rev Mex Pediatra* 2003; 70(5): 257-263.

## 13. ANEXOS.

## ANEXO 1. INSTRUMENTO DE EVALUACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Edad de última regla: \_\_\_\_\_

Por favor responda honestamente el siguiente cuestionario, no hay respuestas buenas ni malas y toda la información que usted nos de será estrictamente confidencial.

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	nunca
<b>SALUD FÍSICA</b>					
Dolores y calambres musculares					
Hormigueo en las manos					
Dolores de cabeza					
Dolores o molestias en la espalda					
Incapacidad para caminar normalmente					
Ardor al orinar					
Palpitaciones					
Sudores fríos (bochornos)					
Mareos					
En general, como diría que es su salud en relación a antes de la menopausia.	Muy mala	Mala	Igual	buenas	Muy buena

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<b>SALUD PSIQUICA</b>					
Le resulta difícil concentrarse en sus tareas habituales.					
Tiene la sensación de que todo se le viene encima.					
Se nota nerviosa y a punto de explotar					
Se siente tan nerviosa que no puede realizar sus actividades cotidianas.					
Se siente satisfecha de sí misma.					
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Piensa que haga lo que haga todo le sale mal.					
Se encuentra tan desanimada que no tiene ganas de hacer nada.					
Piensa que no vale la pena vivir la vida					
Se ha sentido triste o deprimida.					
<b>RELACIONES SEXUALES</b>					
La frecuencia de sus relaciones sexuales es:	2/semana	1/ semana	2/ mes	1 ó - /mes	2 ó - / año
Sus relaciones sexuales son satisfactorias.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Se encuentra tan cansada que las relaciones sexuales no le apetecen					
Ha perdido interés por sus relaciones sexuales.					
<b>RELACIONES DE PAREJA</b>					
Se encuentra satisfecha en la relación con su pareja.					
Se considera necesaria como esposa.					
Confía en su marido.					
Le da su marido oportunidades para opinar.					

<b>SOPORTE SOCIAL.</b>					
Visita a sus amistades habitualmente					
Encuentra con quien pasar sus ratos libres.					
Suele ir a las actividades que se organizan en su localidad.					
Sale a entretenerse.					
Se siente útil para la gente.					
Se siente comprendida por los demás.					
Le gusta estar rodeada de amigos					
Llama por teléfono a familiares y amigos.					
Como considera su vida social	Excelente	Buena	Regular	Mala	Muy mala
Sus relaciones sociales son:					