



**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO
EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS
Y DE LA SALUD**

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA SISTEMAS DE SALUD

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS

**Evaluación del impacto de un modelo de atención integral
para las mujeres en la etapa de climaterio**

Presenta:

Dra. Svetlana Vladislavovna Doubova

Tutor:

Dr. Ricardo Pérez Cuevas

Miembros del Comité Tutorial:

Dra. Patricia Espinosa Alarcón

Dr. Sergio Flores Hernández



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a mi tutor Ricardo Pérez Cuevas quien me acompañó durante todo el desarrollo de esta tesis doctoral, por la dirección de este trabajo, por los conocimientos compartidos para mi crecimiento profesional, por haberme brindado el ánimo, calidez y todo su apoyo.

Un reconocimiento especial a Claudia Infante Castañeda por su guía en todo el proceso de elaboración de la tesis, por su generosidad científica y valiosas críticas al discutir este trabajo, por su apoyo, ánimo, cariño y sobre todo por la invaluable amistad que me ha brindado, por escucharme y aconsejarme siempre, más que una profesora como una amiga.

Quiero agradecer también

A Patricia Espinoza Alarcón por sus valiosas sugerencias, paciente colaboración y acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo.

A Sergio Flores Hernández por su colaboración durante el trabajo de investigación.

A Ingrid Martínez Vega y Leticia Rodríguez quienes me acompañaron en todo momento en el trabajo de campo y cumplieron cabalmente su cometido.

A las autoridades de la coordinación de investigación y de las UMFs 10 y 20 del IMSS por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

Gracias a todos.

INDICE

Evaluación del impacto de un modelo de atención integral para las mujeres en la etapa de climaterio.	1
Resumen.	5
1. Marco de referencia.	8
1.1. Cambios demográficos.	8
1.2. Importancia de la etapa del climaterio para la salud de la mujer.	8
1.3. Los síntomas del climaterio.	8
1.4. Osteoporosis y las enfermedades crónico-degenerativas en la etapa del climaterio.	9
1.5. Cambios sociales y trastornos psicológicos durante climaterio.	10
1.6. Calidad de vida de la mujer en etapa de climaterio.	12
1.7. Intervenciones dirigidas a las mujeres en la etapa del climaterio.	13
1.8. Teorías cognitivo-conductuales más utilizadas en las intervenciones sobre los estilos de vida relacionados a la salud.	17
1.9. Atención integral a la salud, el enfoque de empoderamiento y el papel de la enfermera y psicóloga.	19
1.10. Instrumentos para la medición de conocimiento, auto-eficacia y empoderamiento de las mujeres en etapa de climaterio.	22
1.11. Sistema de Salud en México.	23
1.12. Atención de la mujer en la etapa del climaterio en México.	25
2. Modelo conceptual.	27
3. Planteamiento del problema y justificación de la intervención.	27
4. Objetivos.	30
5. Métodos.	31
5.1. Población del estudio.	31
5.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	31
5.3. Sede.	31
5.4. Grupos del estudio.	31
5.5. Método para el objetivo 1.	32

5.6. Método para el objetivo 2.	34
5.7. Método para el objetivo 3.	36
5.8. Método para el objetivo 4.	37
5.8.1. Diseño.	37
5.8.2. Descripción de la intervención.	37
5.8.3. Control de la calidad de intervención.	47
5.8.4. Definición de variables.	48
5.8.5. Tamaño de muestra.	54
5.8.6. Análisis estadístico.	55
6. Consideraciones éticas.	57
7. Resultados.	58
7.1. Resultados del objetivo 2.	58
7.2. Resultados del objetivo 3.	65
7.3. Resultados para el objetivo 4.	80
8. Discusión y conclusiones	93
8.1. Discusión relacionada con el objetivo 2.	93
8.2. Discusión relacionada con el objetivo 3.	95
8.3. Discusión relacionada con el objetivo 4.	99
9. Productos del proyecto.	104
10. Anexos.	105
11. Referencias.	131

Resumen.

Las mujeres en etapa de climaterio experimentan importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales. En México, es indispensable mejorar el conocimiento de las mujeres acerca del climaterio, de los problemas asociados y de las medidas preventivas indispensables; estimular su participación en programas de detección para las enfermedades prevalentes en esta etapa y promover la adquisición de estilos de vida saludables. En las instituciones de salud la atención de las mujeres en la etapa de climaterio sigue un modelo de atención con perspectiva biomédica, donde el médico otorga los servicios predominantemente curativos y con apoyo limitado de otros profesionales de salud. Este estudio tuvo como objetivo diseñar, implementar y evaluar un modelo de atención integral (MAIMC; bio-psico-social, multidisciplinario, centrado en la mujer y con enfoque de empoderamiento) dirigido a mujeres en etapa de climaterio que fuera aplicable en los servicios de atención primaria.

Los objetivos específicos fueron: 1. Diseñar e implementar un programa de capacitación para los integrantes del equipo de salud (médicos familiares, enfermeras y psicólogas) para otorgar atención integral a mujeres en etapa de climaterio. 2. Diseñar y/o adaptar, y validar los siguientes instrumentos: escalas de conocimiento (EC), auto-eficacia (EAE) y empoderamiento (EE) durante el climaterio. 3. Analizar con enfoque cualitativo la perspectiva de las mujeres sobre las inquietudes y necesidades de salud en relación al climaterio, el envejecimiento y el auto-cuidado de salud y el tipo de cambios después de participar en las asesorías grupales del MAIC. 4. Evaluar el efecto del modelo en lo referente a: a) mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, b) incremento del conocimiento acerca del climaterio y de sus cuidados; d) incremento de la auto-eficacia y empoderamiento para el cuidado de salud de la mujer durante el climaterio; e) aumento en la utilización de los servicios de detección oportuna de enfermedades crónicas y f) mejora en los estilos de vida: ejercicio físico y alimentación.

Métodos

Se diseñó el MAIMC con un enfoque de empoderamiento que consistió en la atención otorgada en forma colaborativa por el equipo de salud conformado por el médico familiar, enfermera, psicóloga y con la participación activa de la mujer. El MAIMC se llevó a cabo con el liderazgo de la enfermera para articular a los integrantes del equipo, con el fin de promover acciones preventivas e incorporar estrategias cognitivo-conductuales, como asesoría individualizada y grupal.

La población del estudio estuvo formada por mujeres afiliadas al IMSS que tuvieron entre 45 y 59 años de edad; con un máximo de 5 años de menopausia; que acudieron a la unidad de medicina familiar por cualquier motivo; sin problemas mentales que les impidieran comprender la información (demencia, retraso mental o psicosis); sin discapacidad física que les obstaculizara participar (hipoacusia, enfermedades que repercuten en la movilidad física como formas severas de artritis reumatoide); sin diagnóstico médico de depresión, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, y/o cáncer, debido al

manejo específico por varios especialistas; y que aceptaron participar en el estudio a través del consentimiento informado por escrito.

La metodología para los objetivos 1 y 2 se consistió en la participación de expertos, pruebas piloto para comprensión lingüística, en caso de la validación de las escalas incluyó el análisis factorial con técnica de rotación ortogonal Varimax y coeficiente alfa de Cronbach (AC).

Para el objetivo 3 se realizó el análisis temático inductivo de las asesorías grupales que formaron parte de la intervención del MAIC.

Para cumplir con el cuarto objetivo se llevó a cabo un ensayo de campo con un grupo control antes-después, donde el control fue el grupo que recibió la atención habitual. La intervención se realizó en dos unidades de medicina familiar (MAIMC y control) y tuvo duración de tres meses con el seguimiento posterior hasta los seis meses para evaluar el efecto del modelo. El efecto del modelo se analizó comparando las diferencias de los puntajes de las variables de resultado entre los grupos MAIMC y control a través de los modelos de diferencias en diferencias, ajustado por el valor basal en la variable correspondiente, y por covariables clínicamente importantes, como, escolaridad, trabajo remunerado, pareja y/o maltrato, enfermedad crónica, menopausia establecida, estado nutricional al inicio de la intervención, el apoyo social percibido y tabaquismo activo.

Resultados

Objetivo 1.

Se desarrolló: a) Guía para la capacitación de las enfermeras y psicólogas sobre la asesoría de la mujer en etapa de climaterio; b) Tríptico informativo dirigido a los médicos familiares; c) 8 Trípticos dirigidos a las mujeres sobre el climaterio, los problemas de salud más frecuentes y el auto-cuidado. Se diseñó e implementó un programa de capacitación para los integrantes del equipo de salud (médicos familiares, enfermeras y psicólogas) para otorgar atención integral a mujeres en etapa de climaterio.

Objetivo 2.

Escala de conocimiento sobre climaterio: 10 reactivos; 2 factores, alto y bajo conocimiento, los cuales explican el 43.4% de la variabilidad; AC=0.725. Escala de auto-eficacia: 16 reactivos; 4 factores, participación activa en la relación médico-paciente, salud mental y cambios sexuales, riesgo de morir de cáncer y otros riesgos personales por climaterio, los cuales explican 53.7% de la variabilidad; AC=0.837. Escala de empoderamiento: 8 reactivos; 2 factores, capacidad de proponer y llevar a cabo un plan de acción, y conocimiento sobre fuentes de apoyo durante el climaterio, éstos explican 55.7% de variabilidad; AC=0.837.

Objetivo 3.

I. Antes de la intervención se identificaron los siguientes temas centrales en el discurso de las mujeres: 1) La falta de información acerca de los cambios del climaterio y auto-cuidado; 2) La

tradición: el tema era un tabú, sus madres no hablaban de eso; 3) Cambios y transiciones de vida: La complejidad de la experiencia del climaterio; 4) El estigma de la menopausia; d) La relación entre el papel tradicional de género y la falta de auto-cuidado.

II. Proceso de cambio del discurso durante la intervención: 1) El climaterio como una etapa natural; 2) Expectativas para la vejez; 3) El empoderamiento y el cambio de conciencia para el cuidado de la salud; 4) Pasar de creencias a conocimientos; 5) Toma de conciencia de la necesidad de cambio; 6) Pasar de “servir a los demás” a cuidarse ellas mismas; 7) La salud emocional, la reflexión y la auto-estima como bases del empoderamiento; 8) Las formas de percibir el empoderamiento aplicado al auto-cuidado; 9) La desmedicalización del climaterio; 10) La fuerza del trabajo grupal; 11) El empoderamiento como motivación para transmitir los conocimientos aprendidos.

Objetivo 4.

El modelo de atención integral a la mujer en etapa de climaterio mostró resultados favorables en términos de mejorar la calidad de vida y el estilo de vida (ejercicio físico regular y mayor consumo de frutas, verduras y lácteos); el efecto del MAIMC se mantuvo, después de ser ajustado por el cumplimiento con la atención recibida dentro del estudio y por la medición basal de la variable correspondiente, y de otras características de la mujer. El cambio se mantuvo a los 6 meses. En el grupo MAIMC también se observó el aumento en los conocimientos, auto-eficacia en comparación con el grupo control; así como la mayor utilización de servicios de detección oportuna de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión y cáncer de mama y cérvix).

Conclusiones

Objetivo 2. Las tres escalas poseen características psicométricas aceptables y pueden ser utilizadas para guiar el desarrollo de nuevas intervenciones enfocadas a mejorar el auto-cuidado de la salud de las mujeres en etapa de climaterio. Objetivo 3. Existe bajo reconocimiento por parte de las mujeres sobre sus necesidades físicas, psicológicas y sociales durante el climaterio y sobre el impacto potencial en la calidad de vida en la vejez. El empoderamiento en el climaterio puede contribuir a mejorar la percepción acerca de esta etapa y el auto-cuidado de su salud. Esta etapa representa una oportunidad para sensibilizar a las mujeres acerca de los estilos de vida saludables y vejez sana. En las intervenciones dirigidas a las mujeres climatéricas, es recomendable incluir un componente de reforzamiento de habilidades para construir y mantener redes sociales. Objetivo 4. El MAIC logró resultados favorables en términos de mejorar la calidad de vida, estilo de vida, los conocimientos, auto-eficacia y empoderamiento de las mujeres sobre su auto-cuidado.

1. Marco de referencia.

1.1. Cambios demográficos.

En México los cambios demográficos están ocurriendo de forma acelerada y esto se refleja en todos los estratos de edad; al respecto, la proporción de mujeres mayores de 40-45 años va en aumento. En 2004 el Consejo Nacional de Población estimó que 19.9% de la población femenina estaba constituido por mujeres de 45 años y más. Se estima que para el año 2010 este porcentaje se incrementará a 27.8%.¹ En el Instituto Mexicano del Seguro Social este porcentaje ya se había alcanzado en 2004 y se ha calculado que se duplicará en los próximos 10 años.²

El incremento en el número de mujeres mayores de 40 años representará mayor demanda y utilización de servicios de salud, dado que este grupo de edad requiere de atención frecuente por una gran variedad de motivos relacionados con los cambios propios de la edad como las enfermedades crónico-degenerativas, los síntomas climatéricos y otras consecuencias del cese de la menstruación.

1.2. Importancia de la etapa del climaterio para la salud de la mujer.

El climaterio consiste en la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva en la vida de la mujer, abarca de 2 a 8 años antes y después de la menopausia, comprende la premenopausia, la menopausia y la postmenopausia.³

La menopausia es “el cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Es la edad de la última menstruación y suele ocurrir aproximadamente a los 50 años. Se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin que exista ninguna otra causa patológica o fisiológica”.³

La media de edad de la aparición de la menopausia varía en diferentes poblaciones, por ejemplo, en los Estados Unidos es de 50.5-51.4 años^{4,5} en Finlandia 51.0 años⁶, en España 49.3-51.7 años⁷ y es más temprana en los países en desarrollo. En México la edad de ocurrencia de la menopausia oscila entre 45.2 y 48.5 años.^{8,9}

Durante el climaterio la mujer está expuesta a un espectro diferente de riesgos y de problemas de salud debido a la disminución progresiva de las hormonas ováricas y al envejecimiento del organismo. Entre los problemas de salud se pueden mencionar la disminución de la densidad de la masa ósea, el propio síndrome climatérico que incluye síntomas vasomotores, síntomas de atrofia vaginal, trastornos psicológicos y las enfermedades crónico-degenerativas.

1.3. Los síntomas del climaterio.

1.3a. Síntomas vasomotores.

Los síntomas vasomotores (bochornos, sudores nocturnos, acompañados o no de taquicardia) son las manifestaciones clínicas más frecuentes del climaterio. Alrededor de 50-80% de las mujeres mayores de 40-45 años refieren tenerlos.¹⁰ En la mayoría, los bochornos son de intensidad leve o moderada y su duración oscila entre 6 meses y 5

años.^{11,12} Una investigación realizada en mujeres derechohabientes del IMSS en la Ciudad de México encontró que el 70% de las entrevistadas entre 50 y 59 años de edad reportaron tener bochornos, los cuales en promedio se presentaron 6 meses antes de la menopausia, con una frecuencia de cuatro bochornos por día.¹³ Cuando los síntomas vasomotores son acentuados y constantes, repercuten en el bienestar general de la mujer, manifestándose por insomnio, ansiedad e irritabilidad y depresión,¹⁴ lo que hace indispensable el manejo médico.

Existe asociación entre la disminución de estrógenos y los síntomas vasomotores.^{15,16,17} Además, se considera que padecer alguna enfermedad crónica, tener obesidad o fumar están asociados a una mayor frecuencia y/o intensidad de los síntomas vasomotores.^{18,19,20} Las enfermedades crónicas requieren de tratamiento y no son curables, mientras que el tabaquismo y la obesidad si son susceptibles de modificación mediante estrategias de educación y de prevención.

1.3b. Síntomas de atrofia vaginal.

La menopausia está asociada con cambios en algunos aspectos de la sexualidad, como disminución del interés sexual y de la frecuencia del coito, en parte por los síntomas de atrofia vaginal, como la menor lubricación vaginal, lo que en algunas mujeres causa dispareunia.²¹ La frecuencia e intensidad de los síntomas de atrofia vaginal son favorecidos, además de la disminución de estrógenos, por distintos factores como el sedentarismo, las enfermedades crónicas y el sobrepeso y obesidad (IMC >27 kg/m²).^{3,22,23,24} Los factores que influyen en la pérdida del interés sexual en mujeres en etapa de climaterio son complejos y múltiples; los más importantes son los psicosociales, y entre ellos, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, y los cambios en la relación de pareja.²²⁻²⁴

1.4. Osteoporosis y las enfermedades crónico-degenerativas en la etapa del climaterio.

1.4a. Osteoporosis

Los cambios hormonales del climaterio y la postmenopausia provocan disminución en la absorción intestinal de calcio y su reabsorción renal. La disminución del calcio corporal es un factor de riesgo para la pérdida de la masa ósea y el desarrollo de osteoporosis, enfermedad generalizada del tejido óseo, se caracteriza por disminución de la masa ósea y anomalías en su micro-arquitectura que se traducen en fragilidad esquelética y susceptibilidad para el desarrollo de fracturas. Por ejemplo, la frecuencia de las fracturas de cadera secundarias a osteoporosis las mujeres en etapa de climaterio alcanzando 169 por 10,000 mujeres-año.²⁵

Se ha encontrado que la baja absorción del calcio en las mujeres en etapa de climaterio está influida negativamente por su baja cantidad ingerida. Por lo anterior, las diversas guías de práctica clínica recomiendan una ingesta adecuada de calcio (1000-1500

mg/día) para la prevención primaria y secundaria de la osteoporosis y de las fracturas, haciendo énfasis en que esta ingesta ocurra antes de la menopausia.^{26,27,28,29} Esta cantidad de calcio se cubre consumiendo 3 raciones diarios de lácteos. Además, el ejercicio permite también cuidar la salud ósea-muscular, manteniendo la densidad mineral ósea y la fuerza de los músculos, lo que finalmente beneficia en la prevención de las fracturas.³⁰

1.4b. Enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.

Existe información controversial en cuanto a la relación de los cambios hormonales y la aparición de enfermedades crónicas, en particular hipertensión arterial y diabetes tipo 2.³ Ambas enfermedades tienen importancia epidemiológica por sus graves consecuencias para la población y para los sistemas de salud. El IMSS en el período 1991-2004 reportó incremento en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y por complicaciones derivadas de la diabetes mellitus.³¹ La disminución de estrógenos tiene relación con cambios en el perfil de los lípidos, la redistribución de la grasa corporal (aumento de la grasa abdominal y del peso) y la disminución de la tolerancia a la glucosa,^{32,33,34} lo que se traduce en incremento del riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes tipo 2.

Las estrategias de prevención en mujeres con riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas han demostrado que pueden disminuir la aparición de éstas; por ejemplo, es posible reducir hasta en 15% la ocurrencia de diabetes mellitus en personas con factores de riesgo; también se ha observado que se retrasa la edad de aparición. Las intervenciones se refieren principalmente a mejorar el estilo de vida (alimentación saludable y ejercicio físico, dejar de fumar, reducir la ingesta de alcohol, etc.) y acudir en forma periódica y oportuna para detección y/o control.

1.4c. Cánceres.

No se ha demostrado una relación directa entre cáncer cervical y de mama con los cambios hormonales derivados del climaterio; sin embargo, debido a la creciente incidencia de estos cánceres, es pertinente considerar su detección como parte de la atención integral a la salud de las mujeres climatéricas.

En México, durante las últimas décadas la morbilidad por cáncer en las mujeres se incrementó notablemente. El cáncer cervicouterino ocupa el primer lugar (36%) y el cáncer de mama, el segundo lugar (17%).³⁵ Las estrategias preventivas que se han implementado en los últimos años para la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino han logrado una disminución de 45% en la tasa de mortalidad debido a esta causa entre 1991 y 2005.³⁶ Lo contrario ocurre en cáncer de mama, la mortalidad va en ascenso.³¹

1.5. Cambios sociales y trastornos psicológicos durante climaterio.

Con la menopausia y el envejecimiento, la mujer también pasa por importantes cambios sociales y psicológicos.

1. 5a. Cambios sociales.

Los cambios sociales que enfrenta la mujer durante el climaterio están relacionados con influencias socio-culturales acerca de esta etapa, cambios en las redes sociales de la mujer y en su situación laboral.

1) Influencias socio-culturales. El entorno cultural juega un papel importante al determinar la concepción de la sociedad acerca de las diferentes etapas de la vida de la mujer.³⁷ Dicha concepción depende de distintos elementos como la simbología cultural de la menstruación y las consecuencias de su desaparición.^{38,39} Por ejemplo, México es reconocido como un país "pluricultural", debido a la coexistencia de múltiples pueblos indígenas y se han reportado variaciones en las interpretaciones acerca de menopausia y climaterio entre las mujeres que viven en diferentes partes del país. En el centro del país (Morelos) poblado por mestizas e indígenas náhuatl, la menopausia frecuentemente se concibe como un estigma asociado al envejecimiento tras años de vida reproductiva ligada a la juventud;⁴⁰ mientras que en el sur de país (Yucatán) entre las mujeres mayas la menopausia se ve como una etapa de la vida libre de menstruación, de embarazos, de tabú y de restricciones.⁴¹

2) Cambios en las redes sociales. Al llegar al climaterio, la mujer enfrenta cambios en su rol familiar y en los objetivos de su vida;⁴² es decir la mujer posiblemente se encuentra asumiendo cuatro roles simultáneamente: esposa, hija, madre y abuela, lo que provoca una gran demanda no sólo de tipo social sino emocional. Se encuentran en diferentes escenarios, el del "nido vacío", cuando los hijos se hacen independientes y abandonan el hogar haciendo que la mujer sienta que ha perdido gran parte de las actividades de su rol de madre para dar paso a demandas de otro tipo, como cuidadoras de sus propias madres y de sus nietos;⁴³ en otras situaciones la mujer pierde la pareja (viudez o divorcio), o su relación se deteriora. Dichas situaciones pueden causar alteraciones de ánimo como irritabilidad, ansiedad y depresión.^{44,45} Las experiencias de las mujeres están mediadas por el efecto que generan sus relaciones cotidianas con familiares y amigos. La familia, en estos casos, representa un soporte importante, dado que contar con su apoyo facilita los cambios del climaterio, lo que contribuye a mejorar estado de bienestar físico y emocional de las mujeres.

3) Socio laboral. Otro componente social importante a considerar es el trabajo que brinda la oportunidad de que la mujer se mantenga activa socialmente y cognitivamente, además de contribuir a un mejor sentimiento de autorrealización, autoestima y bienestar.⁴⁶ Cuando las mujeres pierden el trabajo o sufren de estrés laboral disminuyen sus motivaciones personales y su autoestima, y aparecen sentimientos de inutilidad, tristeza, frustración e ira lo que repercute negativamente en su salud.⁴⁷

1.5b. Cambios psicológicos.

Los factores sociales anteriormente mencionados y entre ellos las creencias de la mujer acerca de climaterio y menopausia, el choque generacional con los hijos, la monotonía o la deficiente relación de pareja, los decesos de familiares y amigos y las presiones profesionales y económicas, predisponen a la aparición de trastornos psicológicos durante climaterio. Además, los cambios biológicos a los cuales se les otorga un sentido negativo, como por ejemplo, los cambios de peso (sobrepeso, pérdida de masa muscular, acortamiento de la estatura, etc.), cambios en la piel y sus anexos (adelgazamiento de la piel, arrugas, pigmentaciones, caída de cabello, encanecimiento, etc.); el desarrollo de enfermedades crónicas; pérdida de habilidades físicas y mentales; propician que las mujeres se sientan envejecidas, devaluadas, inútiles, asexuadas y con temor de volverse innecesarias. Los efectos de los cambios biológicos, aunados a los factores sociales contribuyen a su vez al desarrollo de alteraciones de sueño y de estado de ánimo como la ansiedad y depresión.^{48,49}

1.6. Calidad de vida de la mujer en etapa de climaterio.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se define como “la percepción de la persona acerca de su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”.⁵⁰ La CVRS es una aproximación confiable del estado de salud y una de las variables de resultado de estudios epidemiológicos, clínicos y en sistemas de salud; también es un factor predictor independiente para el análisis de la utilización de servicios de salud, de sus costos y de la sobrevida.^{51,52}

La CVRS es relevante en la etapa de climaterio. Los bochornos y sudoraciones pueden provocar ansiedad, aislamiento social y dificultades en el trabajo, lo cual repercute en la CVRS.^{10,53}

Los factores socio-demográficos como mayor edad, no tener pareja y/o hijos, y condiciones socioeconómicas desfavorables, como bajos ingresos, desempleo y baja escolaridad están asociados con disminución de la CVRS (en sus diferentes dominios: salud, emocional, sexual y ocupacional) en mujeres climatéricas.^{14, 54} Al igual que en la población en general, la calidad de vida de las mujeres en la etapa de climaterio también está influida por la presencia de las enfermedades crónicas.^{65,67}

Existe relación entre el apoyo social y la CVRS de mujeres en esta etapa. Las mujeres con aislamiento social (carencia de amigos o parientes cercanos de confianza)^{55,56} tienen mayor probabilidad de tener CVRS baja en los dominios emocional, de salud y ocupacional; también la falta de apoyo social es un factor de riesgo independiente para la auto-percepción negativa del estado de salud.⁵⁷

Los estilos de vida también parecen influir en la CVRS en las mujeres en etapa de climaterio. Por ejemplo, quienes realizan actividad física regular reportan mejor calidad de vida en comparación con las mujeres sedentarias o que realizan actividad física irregular. La actividad física regular disminuye la intensidad de los síntomas climatéricos. De igual manera se ha reportado que la obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), tabaquismo y uso excesivo de

alcohol están asociados con mayor intensidad a la presencia de síntomas vasomotores y CVRS baja.^{58,59}

Otro factor importante es la terapia hormonal. Los síntomas climatéricos mejoran con la terapia hormonal de reemplazo u otro tratamiento no hormonal y éste a su vez influye en la mejora de la CVRS.⁶⁰

1.7. Intervenciones dirigidas a las mujeres en la etapa del climaterio.

En México y en otros países se han descrito alta comorbilidad,⁶¹ limitaciones en el conocimiento que tienen las mujeres sobre los posibles riesgos y las estrategias preventivas.^{62,63} Al mismo tiempo, se ha reportado que las mujeres climatéricas tienen estilos de vida poco saludables. En la encuesta poblacional ENCOPREVENIMSS 2006 se observó que el 16.8% de las mujeres climatéricas derechohabientes del IMSS no realizaban ejercicio físico alguno, el 65.5% realizaban actividad física insuficiente,⁶⁴ únicamente el 21% consumía diariamente fruta y/o verdura, y sólo el 5% consumía lácteos bajos en grasa.⁶⁵ La encuesta 2004-2005 en mujeres climatéricas⁵⁶ reportó que el 26.6% mencionaron el ejercicio o la ingesta de alimentos ricos en calcio como medidas preventivas para esta etapa. Aproximadamente la mitad de las mujeres en esta etapa participan en programas de detección y una alta proporción (62%) no reciben suficiente información acerca del climaterio y de sus cuidados por parte del personal de salud.⁶⁶ Los estudios previos han mostrado que los médicos familiares tienen escasez de tiempo para promover servicios preventivos y en particular para otorgar información acerca de la alimentación y la actividad física.⁶⁷ Se ha descrito que los médicos dedican a la consejería un promedio de 55 segundos o menos por visita.⁶⁸ Aunque los médicos familiares recomiendan incrementar la actividad física, muy pocos ofrecen asesoría conductual individualizada.⁶⁹ Al mismo tiempo, se ha reportado que la mayoría de los médicos están dispuestos a delegar la asesoría acerca de los estilos de vida a otros profesionales de la salud, como enfermeras o nutriólogas.⁷⁰

La mayoría de las intervenciones se han enfocando a la educación/información de las mujeres acerca de la prevención de ciertas enfermedades. Algunos estudios han desarrollado estrategias de educación para prevenir la osteoporosis⁷¹ o bien para mejorar la nutrición;⁷² también se han orientado a mejorar la actividad física en las mujeres climatéricas, demostrando la factibilidad y la efectividad de la actividad física moderada e intensa, la cual mejora la fuerza muscular, la presión arterial, la densidad ósea y la calidad de vida de las mujeres.^{73,74,75} Otros estudios clínicos que han analizado el impacto de la información acerca de las conductas saludables, del manejo del estrés y de los posibles tratamientos durante la etapa del climaterio mediante grupos de educación y discusión, han reportado un efecto favorable sobre el conocimiento de las participantes, el cual se manifestó mediante percepción de una mayor facilidad para enfrentar los cambios en esta etapa. Esto también se reflejó en un incremento de los hábitos saludables en su vida diaria y en un mayor interés sexual, en comparación con un grupo control.^{76,77}

Algunas estrategias enfocadas a modificar los estilos de vida para prevenir las enfermedades cardiovasculares en mujeres pre y postmenopáusicas, han reportado que la educación acerca de la dieta y del ejercicio incrementa el porcentaje de mujeres que realizan ejercicios aeróbicos; además, estas estrategias han logrado un efecto positivo sobre el peso, la presión arterial y el perfil de los lípidos de las participantes.^{78,79,80}

Tanto en mujeres climatéricas, como en la población en general, las intervenciones que incorporaron estrategias cognitivo-conductuales, como la asesoría individualizada y en grupo para facilitar cambios en los estilos de vida, tienen un mayor efecto positivo sobre los síntomas vasomotores, trastornos psicológicos, la auto-eficacia, satisfacción con la atención y los factores de riesgo cardiovascular, en comparación con la información impresa o verbal.^{81,82,83,84,85,86}

A continuación se resumen intervenciones dirigidas a mujeres climatéricas (premenopáusicas, menopáusicas y postmenopáusicas).

Tabal 1. Intervenciones en la población de mujeres climatéricas

Autores & año (país)	Tipo de intervención	Evaluaciones	Variables de resultado y Resultados
INTERVENCIONES EDUCATIVAS QUE NO INCLUYERON ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUALES			
Liao KLM, & Hunter MS., 1998 (Inglaterra)	Intervención educativa sobre menopausia y sus cuidados en atención primaria: 2 sesiones grupales, sin especificar especialidad de la persona que llevaba a cabo las sesiones educativas	Basal, 3 y 15 meses	↑ conocimiento de las mujeres sobre menopausia ↓ creencias negativas sobre la menopausia ↓ calificación en el dominio de depresión de la escala de calidad de vida (Women Health Questionnaire) ↓ % de las fumadoras ↓ % de las mujeres con terapia hormonal ↑ interés sexual sin cambio en la realización de ejercicio físico en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Hunter M, O'Dea., 1999 (Inglaterra)	Intervención educativa (grupal) sobre menopausia y sus cuidados (manejo de estrés, dieta, ejercicio) en atención primaria: 2 sesiones grupales, sin especificar especialidad de la persona que llevaba a cabo sesiones educativas	Estudio de 5 años de seguimiento: basal, anual, 5 años	↑ conocimiento de las mujeres sobre menopausia ↓ síntomas relacionados con menopausia ↑ interés sexual en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Ming Wen L., y colab., 2002 (Australia)	Intervención comunitaria multi-estratégica para promover ejercicio físico: eventos comunitarios con caminata, grupos educativos comunitarios; estrategias de marketing (slogan, mapa de caminata), material educativo en impreso	Basal, final, sin especificar el intervalo	↓ % de las mujeres sedentarias (auto-reporte), en la medición final en comparación con la medición basal
Irwin ML, y colab., 2003 (Australia)	Programa de ejercicio para mujeres posmenopáusicas: sesiones de caminata y bicicleta fija en la casa, 45 minutos 5 días/semana durante 12 meses.	Basal, 3 meses y 12 meses	↑ realización de ejercicio físico-aeróbico ↓ peso, circunferencia de cintura e IMC en el grupo de intervención en comparación con el grupo control

Carrels LA y colab., 2004 (Estados Unidos)	Intervención educativa para promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades cardiovasculares: 1 sesión de asesoría individual (incluyendo establecimiento de meta y acciones individuales) con enfermera y material educativo impreso	Basal, 6 y 12 meses	↑ realización de ejercicio físico-aeróbico ↓ peso, índice de masa corporal y presión arterial ↓ presión arterial, colesterol total y triglicéridos en ambos grupos de intervención en la medición final en comparación con la medición basal
Ueda M., 2004 (Japón)	Programa de ejercicio y educación estructurada (grupal) sobre climatario y sus cuidados: 12 sesiones, sin especificar especialidad de la persona que llevaba a cabo sesiones de educación (30 minutos) y ejercicio (60 minutos)	Basal, 12 semanas	↓ síntomas climatéricos (índice de Kuperman) en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Teoman N, y colab., 2004 (Turquía)	Programa de ejercicio: clases de ejercicio físico- aeróbico 3 veces a la semana durante 6 semanas, llevado a cabo por especialista en ejercicio-físico	Basal, 6 semanas	↑ calidad de vida ↑ Nottingham Health Profile en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Asikainene TM, y colab., 2006 (Estados Unidos)	Dos programas de ejercicio físico: grupo 1-caminata diaria continua; 2- caminata diaria fraccionada (2 sesiones de caminata) + 30 sesiones supervisados de resistencia (2 por semana); 3- grupo control	Basal, 15 semanas	↑ fuerza muscular de los extremidades inferiores en los grupos de intervención en comparación con el grupo control
INTERVENCIONES EDUCATIVAS QUE INCLUYERON ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUALES			
Brecher LS, y colab., 2002 (Estados Unidos)	Programa de educación comunitaria para prevenir osteoporosis (basado en el modelo de etapas de cambio): 1 sesión educativa-interactiva de 3 horas, sin especificar especialidad de la persona que llevaba a cabo sesiones educativas	Basal, 3 meses	↑ conocimiento de las mujeres sobre osteoporosis ↑ consumo diario de calcio en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Simkin-Silverman LR., y colab., 2003 (Estados Unidos)	Intervención sobre estilos de vida, para prevenir aumento de peso durante la menopausia: educación con asesoría grupal sobre menopausia y estilos de vida saludables (ejercicio y dieta), con establecimiento de la meta para el peso individual (21 sesiones)	Estudio de 5 años: basal, 6, 18, 30, 42 y 54 meses	↑ realización de ejercicio físico-aeróbico ↓ peso y circunferencia de cintura en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Anderso D., y colab., 2006 (Australia)	Intervención multimodal para promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades cardiovasculares: 1 sesión de asesoría individual (incluyendo establecimiento de meta y acciones individuales) con enfermera y material educativo impreso	Basal y 12 semanas	↑ realización de ejercicio físico-aeróbico ↓ peso, índice de masa corporal y presión arterial en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Shirazi KK, y colab., 2007 (Irán)	Intervención educativa (en domicilio) para aumentar ejercicio físico y prevenir	Basal, 2 y 12 semanas	↑ realización de ejercicio físico progreso en la etapa de cambio ↑ fuerza muscular y balance dinámico y estático

	osteoporosis en los centros de salud (basado en modelo de etapas de cambio): 1 sesión educativa individual en domicilio, material educativo y seguimiento telefónico		en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Manios Y. y colab., 2007 (Grecia)	Intervención educativa sobre nutrición (basado en modelo de creencias sobre salud y teoría cognitiva social) (sesiones mensuales durante 5 meses)	Basal, 5 meses	↑ consumo leche, de calcio y vitamina D (medido con Healthy Eating Index) en el grupo de intervención en comparación con el grupo control
Larroy G C & Gómez-Calcerrada SG., 2009 (España)	Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica (8 sesiones con psicóloga)	Basal, final, sin especificar el intervalo	↓ % de las mujeres con ansiedad ↑ calidad de vida (medida con cuestionario Sánchez-Cánovas, 1999) en el grupo de intervención en comparación con el grupo control

Se han investigado barreras y beneficios percibidos por los individuos para adoptar ciertas conductas saludables. Con respecto a la realización de actividad física se ha encontrado múltiples barreras comunes^{87,88,89,90}: dificultades en el manejo del tiempo y en la priorización de las tareas (falta de tiempo); la demanda múltiple en el hogar, generada por la necesidad de cumplir su papel de madre que incluye el cuidado de los hijos; falta de apoyo para algunas tareas domésticas; “mala salud”; miedo a lesionarse y por factores de inseguridad del entorno. En contraparte, los beneficios de la actividad física comúnmente mencionados son: disminución del estrés; aumento de la energía (se sentían más jóvenes y con mayor energía); mejora en el sueño y su conciliación; pérdida de peso; mejor manejo del tiempo.

Los beneficios de la dieta saludable, enriquecida en frutas, verduras y calcio, son: tener una dieta más completa y variada, mantener y mejorar la salud, prevenir enfermedades, fortalecer los huesos y disminuir el riesgo de fractura, a bajar el peso, a tener una imagen de una persona que cuida su salud y ser un ejemplo para los demás. Para el caso de la dieta saludable se mencionan las siguientes barreras^{91,92,93,94,95}: falta de la capacidad conductual (conocimiento y habilidades para seleccionar y preparar alimentos con frutas, verduras y productos lácteos); tener preferencias alimenticias personales que no incluyen fruta, verdura y lácteos; alergias a ciertos alimentos e/o intolerancia a la lactosa; el olvido de comer alimentos recomendados; costo de los alimentos; falta de disponibilidad o de accesibilidad a frutas, verduras y productos lácteos en la casa; falta de aprobación/consumo de fruta, verdura y lácteos por los familiares y compañeros; preocupación por el alto contenido de grasa/colesterol en los productos lácteos y posibilidad de engordar por consumir los productos lácteos.

1.8. Teorías cognitivo-conductuales más utilizadas en las intervenciones sobre los estilos de vida relacionados a la salud.

Entre las teorías cognitivo-conductuales más utilizadas en estudios clínicos están el modelo de creencias sobre la salud,^{96,97,98} el modelo de etapas de cambio conocida también como modelo transteorético,⁹⁹ la teoría cognitiva social¹⁰⁰ y la teoría de la autodeterminación.¹⁰¹

El modelo de creencias en salud (MCS) destaca la importancia de la percepción que tiene el individuo acerca de su susceptibilidad a una determinada condición/enfermedad para la decisión de llevar a cabo una conducta particular relacionada con la salud. Se asume que la gente teme a las enfermedades y que las acciones relativas a la salud (conductas saludables) están motivadas por el grado de miedo (amenaza percibida) y por el potencial esperado de reducir la posibilidad de enfermedad. El MCS se explica con base en: a) la susceptibilidad percibida (opinión personal acerca de las posibilidades de llegar a tener una situación determinada); b) la severidad percibida (opinión personal acerca del riesgo personal y la gravedad del impacto); c) los beneficios percibidos (opinión personal acerca de la eficacia de la acción recomendada para reducir el riesgo o la gravedad del impacto), d) las dificultades percibidas (opinión personal acerca de dificultades psicológicas y físicas, costos, etc., de la acción recomendada) y e) auto-eficacia (la creencia o la confianza de los individuos en sus capacidades y habilidades para llevar a cabo un comportamiento necesario para alcanzar una meta o un resultado deseado).

El modelo de etapas de cambio (MEC) o transteorético, reconoce la naturaleza dinámica del proceso de cambio y define 5 etapas de cambio que discriminan a las personas según su comportamiento habitual y su intención de cambiar dicho comportamiento. Las cinco etapas son: 1) pre-proyecto, cuando el individuo no está consciente del problema y no se siente motivado a cambiar su conducta poco saludable; 2) proyecto, cuando el individuo piensa cambiar la conducta en un futuro próximo; 3) decisión, cuando el individuo hace planes para cambiar; 4) acción, la persona lleva a cabo planes específicos de acción y; 5) mantenimiento, continúa con acciones deseables, mantiene una conducta adecuada para su salud. De acuerdo al MEC, la gente puede progresar o tener retrocesos de una etapa a otra. Estos movimientos se llaman transiciones de fase. Los componentes específicos de este modelo son: la auto-eficacia y balance de pros y contras en la toma de decisiones. El MEC supone que el individuo progresa de la etapa de pre-proyecto a otras etapas, al valorar las ventajas del cambio de conducta.

La teoría cognitiva social (TCS) retoma los dos modelos anteriores y postula que existe una interacción dinámica entre los factores personales, las influencias ambientales, como el trabajo y/o el entorno familiar y la conducta humana. 1) La interacción entre la persona y la conducta implica la influencia entre los pensamientos de una persona y sus acciones.

2) La interacción entre la persona y el medio ambiente consiste en las creencias y las competencias cognitivas que se desarrollan y se modifican por las influencias sociales y del medio ambiente. 3) En la interacción entorno - conducta, uno y otro son sistemas recíprocos, por un lado el entorno influye, mantiene y limita la conducta y por otro lado, las personas no son pasivas en este proceso, pueden crear y cambiar su entorno.

La teoría de la autodeterminación se enfoca en la motivación, como un determinante psicológico importante para desarrollar y mantener conductas saludables.⁹⁶ La motivación se refiere a las fuerzas emocionales que impulsan el logro de los objetivos. Se distinguen diferentes formas de motivación, como la desmotivación (falta de intención de participar en un comportamiento), la motivación extrínseca (cuando el comportamiento se realiza con el fin de lograr los resultados que se puedan separar de la conducta en sí misma) y la motivación intrínseca (cuando el comportamiento se realiza para el disfrute y la satisfacción inherente).

La motivación extrínseca a su vez se divide en dos formas y cuatro tipos:

1) La motivación controlada (no-autodeterminada) cuando las personas actúan porque se sienten presionadas u obligadas a hacerlo. Esta forma de motivación se divide en: a) la regulación externa que significa hacer algo con el fin de obtener una recompensa o para evitar un castigo administrado por los demás y; b) la regulación introyectada que implica un sentimiento interior de la obligación, una necesidad de actuar con el fin de evitar sentimientos de culpa (aunque la presión proviene de adentro, el individuo no se siente libre con respecto a la conducta).

2) La motivación autónoma (auto-determinada) cuando la conducta es motivada por el verdadero sentido de la voluntad y la elección. Esta forma de motivación se divide en: a) la regulación identificada que se refiere a hacer algo basado en el valor de sus consecuencias. En este caso, el individuo se siente libre de actuar y lo hace porque los resultados son personalmente importantes y; b) la regulación plenamente autónoma, cuando un comportamiento es coherente con otros valores de la persona, los esquemas de la personalidad y sentido del yo.

El comportamiento autónomo es una expresión de uno mismo y se lleva a cabo con pleno sentido de la elección, acompañado de un locus interno de la causalidad percibida y un sentido de la voluntad real. Este tipo de comportamiento tiene mayor probabilidad de resultar en cambios significativos y duraderos. Por el contrario, las conductas que son controladas por las recompensas y los castigos o por presiones autoimpuestas durarán sólo mientras las contingencias o presiones se mantienen. Ser autónomo en una de las actividades saludables, es decir, tener un locus interno de la causalidad percibida, es el predictor fundamental del cambio duradero de conducta.¹⁰² La autorregulación autónoma y la competencia percibida aumentan la posibilidad de que los cambios de comportamientos relacionados con la salud sean duraderos.^{103,104} Por ejemplo, en un estudio sobre los predictores psicosociales de control de peso, el aumento de la motivación intrínseca para la actividad física fue el predictor más fuerte del cambio de peso a largo plazo, incluso después de ajustar por el peso inicial.¹⁰⁵ Otro estudio, que

implementó una intervención enfocada en la promoción de la motivación intrínseca y de las formas autónomas para ejercicio físico mostró mayor aumento en la actividad física y mayor disminución del peso a los 12 meses de seguimiento en comparación con el grupo control donde se realizó la educación general acerca de salud y de los estilos de vida saludables.¹⁰⁶ Al mismo tiempo, se ha demostrado que la retroalimentación positiva acerca de rendimiento de la persona por lo general aumenta la motivación intrínseca, ya que afirma la competencia personal.¹⁰⁷

Adicionalmente, la teoría de la autodeterminación considera la influencia del entorno social en la motivación; es decir, que la forma como una persona actúa también se debe a que está dentro de un entorno particular, y no puede atribuirse sólo a las diferencias individuales. Según esta teoría, aunque la gente tiene una tendencia inherente hacia el mantenimiento de su bienestar, esta tendencia natural puede ser frustrada por las fallas de satisfacer tres necesidades psicológicas básicas (la teoría de necesidades básicas). Estas necesidades se refieren a la autonomía (sentimiento de la voluntad y de elección y responsabilidad para la conducta), la competencia (sentimiento de que uno puede lograr los comportamientos y llegar a la meta) y la relación con los demás (sentimiento de ser comprendido y valorado por otras personas importantes para el uno). Una persona desarrolla y mantiene la motivación auto-determinada cuando el contexto social alrededor de ella es de apoyo. La idea de favorecer la autonomía se refiere a reconocer las perspectivas y apoyar las iniciativas de la persona, con variedad de opciones, proporcionando la información pertinente y reduciendo al mínimo la presión y el control. Por ejemplo, se ha demostrado que cuando los pacientes perciben a los médicos como un apoyo, ellos tienen una mayor auto-motivación para la adhesión al tratamiento.¹⁰⁸ Por lo general, puede afirmarse que las personas necesitan tener un sentido de elección y voluntad con respecto a sus objetivos relacionados con la salud; así como el entender cómo lograr las metas elegidas y sentir que pueden ser eficaces en el desempeño de las acciones necesarias, sentirse respetados y cuidados por los profesionales de salud y su entorno social. Las personas no sólo necesitan sentir que pueden llevar a cabo una determinada conducta (la confianza, la eficacia, la competencia), también necesitan sentir que son plenamente responsables de iniciar y mantener ese comportamiento y que lo hacen con libre determinación y responsabilidad.¹⁰⁹

1.9. Atención integral a la salud, el enfoque de empoderamiento y el papel de la enfermera y psicóloga.

En la década de los ochenta del siglo XX hubo fuertes críticas al modelo médico biológico, enmarcado en severas crisis económicas en países como México. Desde entonces cobran fuerza modelos alternos, entre ellos el modelo médico bio-psico-social.¹¹⁰ En 1994, M. Flint,¹¹¹ destacó los cambios biológicos, sociales y psicológicos que la mujer enfrenta durante la etapa de climaterio/menopausia y propuso un modelo bio-

psico-social, destacando la necesidad de que la mujer recibiera atención integral en esta etapa.

La atención integral a la salud (AIS)¹¹² comprende un enfoque multidisciplinario que se sustenta en una combinación no jerárquica de la medicina convencional con la medicina complementaria y alternativa; lo cual favorece la continuidad armónica en la toma de decisiones y en la atención que debe estar centrada en el paciente. La AIS se basa en un conjunto específico de valores fundamentales que incluyen la meta de tratar en forma holística a la persona promoviendo su salud y bienestar. El enfoque multidisciplinario de las AIS está basado en el consenso de los integrantes del equipo de salud, el respeto mutuo y en una visión compartida entre los proveedores de salud y los pacientes. Esta circunstancia permite que cada proveedor de salud y cada paciente contribuyan con su conocimiento y habilidades particulares para que la atención esté centrada en la persona en un contexto de un plan de atención compartido.¹¹³

En el ámbito experimental, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, se ha tratado de implementar el AIS. Por ejemplo, en Sao Paulo, Brasil¹¹³ se ha implementado y evaluado un modelo de atención integral para mujeres de edad reproductiva. El modelo consistió en formación de los equipos de salud integrados por médico, enfermera y otros profesionales de salud y con delegación de funciones preventivas a las enfermeras. Los resultados del modelo mostraron el aumento en la utilización de los servicios preventivos y diagnóstico de las enfermedades en las etapas tempranas.

En México, en el IMSS, se evaluó un modelo experimental de atención integral con participación de enfermeras en la atención de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial. Los resultados del estudio mostraron que las enfermeras fueron capaces de otorgar educación, prevención a los enfermos crónicos y coordinar al equipo de salud (médico familiar, nutricionista, trabajadora social y estomatólogo) para otorgar atención integral, con resultados favorables en la salud de los pacientes.¹¹⁴ (Tabla 2)

El modelo de atención integral es coherente con el enfoque de empoderamiento aplicado en el campo de la atención para la salud. El empoderamiento es el proceso social de reconocer, promover y mejorar la capacidad de las personas para que por sí mismas satisfagan sus necesidades, resuelvan sus problemas, y movilicen los recursos necesarios para tener el control de sus propias vidas.¹¹⁵ La Organización Mundial de la Salud distingue entre el empoderamiento individual y el de la comunidad. El primero se refiere a la capacidad del individuo de tomar decisiones y tener el control de su vida personal.¹¹⁶ Los individuos tienen el poder cuando cuentan con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para influir en su propia vida. El objetivo de empoderar a las personas/pacientes es construir su capacidad de convertirse en socios activos de su propio cuidado,¹¹⁷ para que puedan actuar en su propio interés, haciéndose cargo de su salud a través del reconocimiento y la promoción de las fortalezas individuales, decisiones informadas y metas personales.^{118, 119} Los principales conceptos de empoderamiento son:

1) Tratar a la persona en forma holística (bio-psico-social); 2) Convertir la atención en una colaboración entre iguales, donde los profesionales de la salud aportan conocimientos y experiencias acerca de los padecimientos y su manejo y las personas aportan experiencias de sus vidas; 3) Facilitar el proceso para que las personas pueden obtener experiencias para identificar los problemas (necesidades de salud), desarrollar soluciones, considerar las posibles consecuencias de diversas soluciones y tomar decisiones apropiadas; 4) Enfatizar las fortalezas de las personas y no sus debilidades; 5) Establecer objetivos compartidos y negociables; 6) Transferir el liderazgo a la persona para la toma de decisiones acerca de su auto-cuidado; 7) Abarcar el análisis de las fallas como problemas a resolver y no como deficiencias individuales. 8) Enfatizar las redes de apoyo y recursos internos y externos; 10) Promover el impulso inherente de los pacientes hacia su salud y bienestar.

El enfoque de empoderamiento está ligado con la teoría de la autodeterminación dado que el empoderamiento promueve que los pacientes sean más autónomos en su auto-cuidado, aumentando la posibilidad de que los cambios de comportamientos relacionados con la salud sean duraderos. La asesoría enfocada en los problemas percibidos y priorizados por el individuo/paciente considera al empoderamiento como un enfoque que además incluye los aspectos culturales. Las intervenciones de asesoría grupal¹²⁰ y individual¹²¹ sobre el auto-cuidado de pacientes afro-americanos con diabetes que se basaron en los principios de empoderamiento, tomando en cuenta los aspectos culturales, lograron mayores efectos positivos en la calidad de vida, conocimiento acerca de la enfermedad y sus cuidados, satisfacción con la atención y control metabólico de los pacientes en comparación con el grupo control (educación tradicional o asesoría telefónica sobre control metabólico).

Al mismo tiempo, se ha destacado que el personal de la enfermería juega un papel importante en la atención integral. En los países europeos y en los Estados Unidos de América, se ha enfatizado su papel para otorgar los servicios de salud y se han propuesto modelos de atención a los pacientes con enfermedades crónicas, en los cuales la consultoría de enfermería complementa la atención otorgada por el médico. Se han reportando resultados favorables de estos modelos en relación con el incremento en la satisfacción del usuario debido a que las enfermeras proporcionan orientación e información acerca del auto-cuidado a la salud y se ha observado mejoría de los procesos de la atención médica.^{122, 123, 124, 125, 126}

También, se ha encontrado que la incorporación de las psicólogas en el proceso de atención a mujeres en etapa de climaterio influye positivamente en su estado emocional, y su percepción sobre esta etapa, permitiendo que las mujeres aprendan a controlar y prevenir los síntomas de climaterio, a través de técnicas como psico-educación, respiración y relajación, restructuración cognitiva y solución de problemas^{85,127}

A continuación se resumen alternativas de mejora de atención para la salud en el primer nivel de atención.

Tabla 2. Alternativas de mejora de atención para la salud en el primer nivel de atención en otras poblaciones.

Autores & año (país)	Tipo de intervención	Evaluaciones	Variables de resultado y Resultados
Horrocks S, y colab., 2002; Laurant M., y colab., 2005	Reemplazo del médico por una enfermera en la consulta de consejería sobre estilos de vida y auto-cuidado para los pacientes con enfermedades crónicas.	Revisiones sistemáticas	↑ satisfacción de los pacientes con la atención en los grupos que recibieron consultas de enfermería en comparación con los grupos que recibieron consultas con el médico
Davidson MB, y colab., 2006; Pishdad GR, y colab., 2007	Programa de atención a los pacientes con diabetes manejada por enfermería.	Basal, 6 y 12 meses	↓ hemoglobina glucosilada y colesterol en el grupo de intervención en la medición final en comparación con la medición basal o con el grupo pacientes manejado por endocrinólogo
Wood DA, y colab., 2008 (Inglaterra)	Programa de prevención de enfermedades cardiovasculares por un grupo multidisciplinario coordinado por una enfermera (médico, enfermera, dietista, terapeuta físico).	Basal, 6 y 12 meses	↑ consumo de frutas y verduras ↑ realización de ejercicio físico ↓ % de pacientes que dejaron fumar ↑ % de pacientes que alcanzaron niveles de presión arterial <140/90 mmHg en el grupo de intervención en comparación con la atención habitual
Pinotti JA., y colab., 2000 (Brazil)	Programa de atención integral de mujeres en etapa reproductiva por los equipos de salud integrados por el médico, enfermera y otros profesionales de salud y con delegación de funciones preventivas a las enfermeras.	Anual (1995-1998)	↑ utilización de los servicios preventivos y diagnóstico de las enfermedades en las etapas tempranas en la medición final en comparación con la medición basal
Pérez-Cuevas R., y colab., 2009 (México)	Modelo experimental de atención integral por el equipo de salud (médico familiar, nutricionista, trabajadora social y estomatólogo) con participación de enfermeras en la atención de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial.	Basal y 6 meses	↑% de pacientes con presión arterial sistólica <130 y diastólica <80mmHg. ↓ % de pacientes obesos ↑% de pacientes con auto-percepción positiva sobre su salud en la medición final en comparación con la medición basal
Anderson RM., y colab., 2005 y 2009 (Estados Unidos)	Asesoría grupal e individual sobre el auto-cuidado de pacientes con diabetes basado en la filosofía de empoderamiento (6 sesiones grupales semanales de 90 minutos).		↑calidad de vida ↓ hemoglobina glucosilada ↑satisfacción de los pacientes con la atención en el grupo de intervención en comparación con el grupo control (asesoría telefónica sobre control metabólico)

1.10. Instrumentos para la medición de conocimiento, auto-eficacia y empoderamiento de las mujeres en etapa de climaterio.

Para orientar más eficientemente los programas dirigidos a las mujeres en etapa de climaterio, los profesionales de salud deben saber cómo evaluar el conocimiento, la auto-eficacia y el empoderamiento para el auto-cuidado de la salud de estas mujeres. Para ello, es necesario contar con instrumentos de medición que tengan validez y se puedan utilizar en intervenciones específicas. La revisión de la literatura permite afirmar que no se cuenta con instrumentos que cubran estos requerimientos.

En relación a la medición de conocimiento sobre el climaterio, en México existe una escala para medir las creencias sobre las consecuencias (las ventajas y desventajas) sociales, psicológicas y fisiológicas en esta etapa;¹²⁸ sin embargo, la escala carece de ítems para medir el conocimiento acerca de las opciones de auto-cuidado. Existe también otra escala colombiana que tiene la misma limitación.¹²⁹

Respecto a la medición de auto-eficacia, se identificó una escala validada para mujeres perimenopáusicas (PHS-ES).¹³⁰ La versión original validada de PHS-ES está en idioma inglés y consta de 21 reactivos, agrupados en 4 dimensiones: 1) toma de decisiones; 2) movilización de los recursos; 3) control sobre su salud; 4) promulgación de conductas saludables. Cada reactivo tiene respuestas en una escala de tipo Likert de 9 puntos. En una versión en español, la escala se aplicó en un estudio previo con mujeres de origen latino residentes en Estados Unidos de América; sin embargo, no se ha realizado la validación.

Existen instrumentos validados para medir el empoderamiento en pacientes con diabetes^{131,132,133}; estos instrumentos determinan la capacidad de los enfermos para manejar mejor su padecimiento mediante acciones de auto-cuidado. En nuestro caso, el climaterio es una etapa natural en la vida de la mujer. Los pacientes con diabetes y las mujeres en etapa de climaterio evidentemente son diferentes; los primeros padecen una enfermedad y las segundas presentan una condición biológica natural. No obstante, en ambos casos, el empoderamiento busca desarrollar y mejorar las capacidades de las personas para el auto-cuidado de su salud. La revisión de la versión corta de la escala para pacientes con diabetes, permitió identificar que ésta incluye componentes de empoderamiento para el auto-cuidado de la salud que son aplicables para ambas situaciones, por lo que puede ser adaptada para las mujeres en etapa de climaterio.

1.11. Sistema de Salud en México.

México tiene un sistema de salud complejo, compuesto por varias instituciones nacionales de seguridad social, por la Secretaría de Salud y por un mercado privado.

El sistema de salud mexicano fue establecido en los años 40 del siglo pasado. Se fundaron varias instituciones de salud para atender de manera exclusiva a grupos específicos, con base en su perfil ocupacional o su situación económica.¹³⁴ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue creado para brindar atención médica a los trabajadores del sector formal, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados públicos, PEMEX para los empleados de Petróleos Mexicanos, SEMAR para los empleados de Marina, SEDENA para los de la Armada y la Secretaría de Salud (SS) (denominada previamente Secretaría de Asistencia Social y Secretaría de Salubridad y Asistencia) para las personas sin contratos laborales formales, como los auto-empleados, los trabajadores urbanos del sector informal y la población rural.¹³⁴

En el período comprendido entre 1960-1980, se ampliaron las coberturas del sector mediante la implementación de IMSS-COPLAMAR (nombrado posteriormente IMSS-Solidaridad y actualmente como IMSS-Oportunidades) que fue orientado a prestar los servicios de salud a los habitantes de zonas marginadas rurales. Este programa es financiado por el gobierno y operado por el IMSS. Luego se efectuó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) para los residentes de zonas rurales y altamente marginadas y se introdujo el Seguro de Salud para la Familia (1995), que es un esquema de aseguramiento en salud operado por el IMSS para personas auto-empleadas. Entre la década de los 80 y 90 del siglo XX, para lograr mayor cobertura, eficiencia, equidad y mejor coordinación del sector salud, se trató de implementar el proceso de descentralización de la Secretaría de Salud transfiriendo más funciones, responsabilidades y recursos al nivel estatal, sin embargo esta reforma del sector no ha logrado los objetivos anunciados.^{134,135}

En 1983, el derecho a la protección a la salud fue incluida en la Constitución, pero hasta el año 2003 se estableció el Sistema de Protección Social en Salud, su componente operativo, el Seguro Popular, para ejercer el derecho a la salud para todas las familias pobres excluidas anteriormente de la Seguridad Social,¹³⁶ año en el cual se implementó la estructura financiera tripartita para todos los seguros: los Sistemas de Seguridad Social son financiados por un convenio tripartita entre empleadores, trabajadores y el gobierno; y el Seguro Popular está financiado mediante la contribución social (cuota social), la contribución corresponsable entre los gobiernos federal y estatal, que sustituyó la cuota del patrón en esta población y la contribución familiar a través de una aportación solidaria proporcional a la capacidad de pago.^{134,137}

Actualmente el Sistema de Salud en México tiene una organización distinta. Las instituciones de seguridad social son centralizadas y sus políticas se aplican de manera uniforme a toda la población bajo su responsabilidad; dado su alcance nacional, la aplicación de dichas políticas alcanza mayor cobertura. En cambio la Secretaría de Salud es un órgano desconcentrado en las Secretarías de Salud Estatales, cuya autonomía en organización, manejo presupuestal y, diseño y aplicación de políticas, presenta un complejo sistema que dificulta la armonía en la provisión de servicios a la población bajo su responsabilidad. Este complejo escenario se refleja en el diferente nivel de desarrollo de la infraestructura física, tecnológica y de recursos humanos de las diferentes instituciones de salud. Por ejemplo las instituciones de seguridad social tienen mayor disponibilidad de médicos, personal de enfermería y camas de hospital que la Secretaría de Salud cuando se les compara con respecto a la población que se atiende y muchos hospitales del sector público carecen del equipo necesario.^{134,138} Lo cual se ha tratado de subsanar mediante el financiamiento adicional que el Sistema de Protección Social en Salud otorga.

1.12. Atención de la mujer en la etapa del climaterio en México.

En las dos más grandes instituciones de salud, el IMSS y la Secretaría de Salud, la atención a las mujeres en etapa de climaterio se basa en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Enfermedades en la Premenopausia y Postmenopausia de la Mujer (NOM-035-SSA2). En el año 2005 el IMSS revisó esta norma y la tomó como sustento junto con la evidencia científica existente para elaborar el “Lineamiento Técnico Médico para la Atención del Climaterio y la Prevención de las Complicaciones de la Menopausia en Medicina Familiar” (Clave 2730-013.003).

Este lineamiento establece lo siguiente:

- Ante la presencia de una mujer entre los 45 y 59 años en la consulta del médico familiar, que refiera uno o más signos o síntomas climatéricos, el médico estará obligado a interrogar y explorar a la paciente (diagnóstico clínico del síndrome climatérico y valoración de patología crónica actual) para determinar los riesgos y beneficios de la prescripción de la terapia hormonal de reemplazo (THR).
- El tratamiento de la mujer durante la etapa climatérica está dirigido a suprimir el síndrome climatérico y a mejorar su bienestar; para lograrlo, es importante proporcionar tratamiento farmacológico a través de la administración de terapia hormonal de reemplazo (THR) y de tratamiento no farmacológico dirigido a incrementar los estilos de vida saludables.
- La patología que contraindica el uso de THR y requiere de la valoración por el servicio de ginecología son: cáncer de mama, cáncer cérvicouterino, cáncer endometrial, enfermedad tromboembólica aguda o crónica, enfermedad hepática aguda o crónica y enfermedad renal.
- Las mujeres con enfermedad quística mamaria; la diabetes tipo 2 no controlada y con afectación a órgano blanco; la hipertensión arterial clasificada como severa; la miomatosis uterina y la colecistopatía crónica, se enviarán a la consulta externa de ginecología para complementar su valoración y determinar la prescripción o no de THR.
- En caso de las mujeres con síndrome climatérico severo y trastornos menstruales del tipo de la proiohiperpolimenorrea (ciclos menstruales cortos, abundantes o prolongados), se recomienda utilizar un régimen estrógeno-progesterona de tipo cíclico para favorecer la recuperación de ciclos menstruales regulares. Prescribir, entre el 3º y el 7º día de iniciada la menstruación, estrógenos conjugados naturales, una tableta de 0.625 mg diaria durante 21 días. A partir del 12º día del inicio de la toma de estrógenos, se agrega una tableta de 2 mg de clormadinona, diariamente durante 10 días. Al término de los dos medicamentos, suspender durante 7 días, periodo en el cual se presentará sangrado transvaginal, al 7º día se reinicia una nueva toma en la forma antes mencionada durante 4 a 6 meses.
- En caso de las mujeres con síndrome climatérico severo y menopausia ya instalada, utilizar un régimen continuo. Una tableta diaria de estrógenos conjugados naturales

0.625 mg combinados con acetato de medroxiprogesterona 2.5 mg durante 3 a 5 años.

- En aquellas pacientes en las cuales se encuentre contraindicado el uso de estrógenos, puede emplearse tibolona, una tableta diaria de 2.5 mg en forma continua.
- Además de la terapia hormonal de reemplazo, se deberá considerar la adopción de estilos de vida saludables: 1. Alimentación balanceada. 2. Recomendar alimentos ricos en calcio, de tal manera que se logre una ingestión diaria de 1,000 a 1,500 mg. 3. Sugerir el consumo de vitamina D, que favorece la absorción de calcio y cuyos requerimientos son de 400 unidades diarias. 4. Promover un incremento de la actividad física, acorde con las condiciones de salud y los hábitos personales. En particular es recomendable caminar diariamente durante 20 a 30 minutos. 5. Disuadir el tabaquismo y el alcoholismo. 6. La detección de enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión arterial, cáncer cervicouterino y mamario. 7. Acudir a la consulta médica programada para la atención oportuna del síndrome climatérico y la prevención de las complicaciones de la menopausia.
- Detección de cáncer mamario y cervicouterino. La realización periódica de estas dos detecciones en las mujeres en climaterio y menopausia, son parte de la atención integral que se debe otorgar a la mujer.

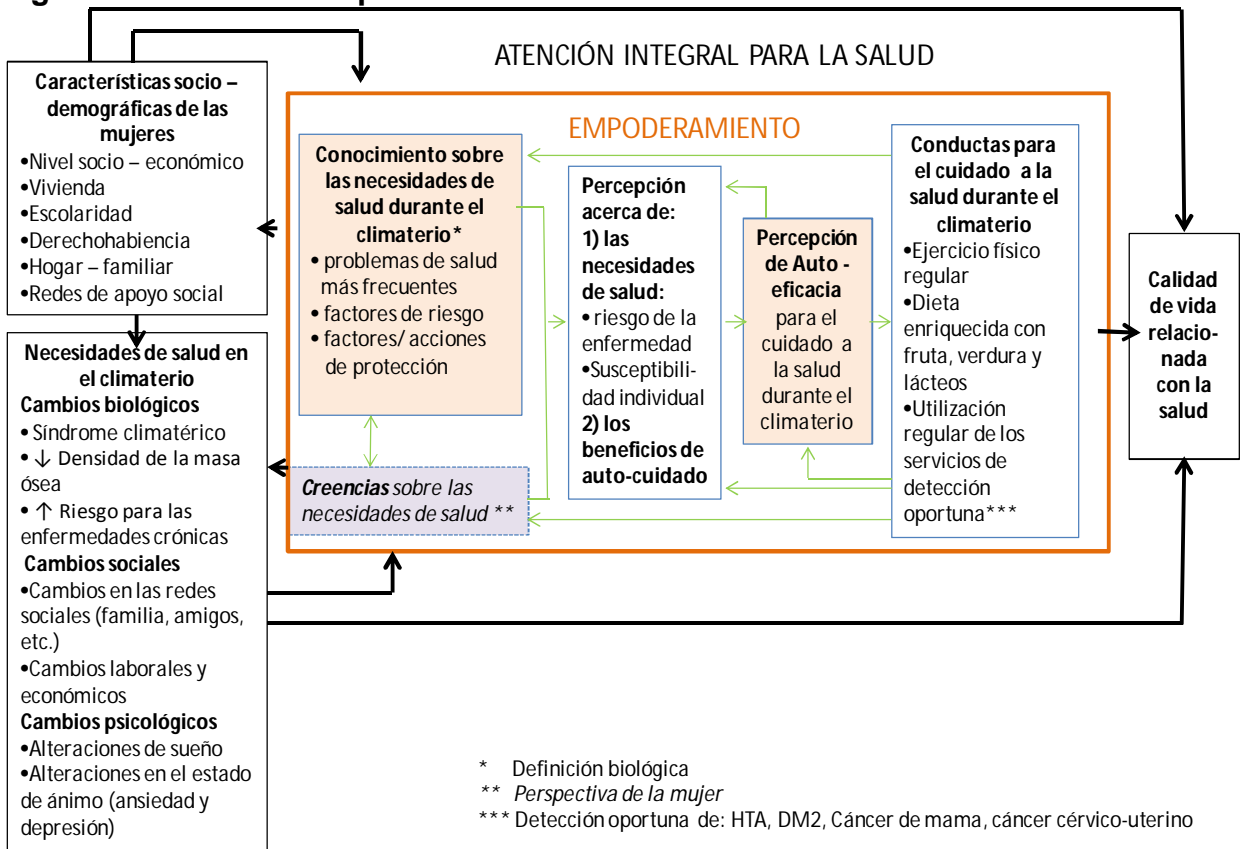
Adicionalmente, la atención a la mujer en la etapa de climaterio se basa en los programas preventivos que en el año 2008 fueron estandarizados para todas instituciones de salud en México. En dichos programas preventivos se considera que las mujeres entre 40 y 59 años deben recibir información acerca de los 6 aspectos más importantes para esta etapa: 1) climaterio y menopausia; 2) alimentación; 3) ejercicio físico; 4) autoexploración de mama; 5) higiene de la boca; 6) prevención de accidentes. También se les deben realizar anualmente las siguientes mediciones y detecciones: 1) peso; 2) estatura; 3) circunferencia de cintura; 4) hipertensión arterial; 5) diabetes; 6) cáncer de mama que incluye autoexploración y exploración clínica; y 7) cáncer cérvico-uterino. Las mediciones de peso, estatura y circunferencia de cintura se utilizan para detectar sobrepeso u obesidad.

A pesar de la existencia de programas preventivos, la problemática para la atención de las mujeres en etapa de climaterio en las instituciones de salud en México, incluyendo las más grandes, IMSS y Secretaría de Salud, recae en un modelo de atención médica que tiende a considerar la etapa de climaterio con una perspectiva eminentemente biológica: el médico familiar otorga los servicios predominantemente curativos con un apoyo limitado de otros profesionales de salud, donde la relación entre los profesionales de salud y los pacientes es predominantemente autoritaria, justificada por el conocimiento profesional, por lo que la mujer no recibe una atención integral (bio-psico-social).

2. Modelo conceptual.

Este marco de referencia permite asumir la pertinencia de otorgar atención centrada en la mujer, considerando integralmente sus necesidades bio-psico- sociales (Figura 1.) y favoreciendo que la mujer logre un mayor control sobre su salud durante el climaterio mediante la adquisición de conocimientos, fortalezas individuales, decisiones informadas, metas personales, habilidades y actitudes necesarias para cuidar su salud y manejar mejor su entorno.

Figura 1. Modelo conceptual



3. Planteamiento del problema y justificación de la intervención.

El problema motivo de este estudio tiene dos vertientes. La primera se refiere a la necesidad no sentida y no satisfecha de las mujeres en etapa de climaterio; la segunda a la oferta existente de los servicios de salud para la atención de las mujeres en etapa de climaterio.

Una necesidad nace cuando se constata una diferencia entre la situación considerada como óptima y la situación observada; la diferencia que se desea reducir es entonces la necesidad. En el campo de salud la necesidad sentida se refiere a la percepción que la

gente tiene sobre sus problemas de salud o lo que desea recibir de los servicios de salud. Al contrario una necesidad no sentida es la necesidad que no se percibe por la gente, pero que hace falta cubrir para mantener, recuperar o mejorar su estado de salud.¹³⁹ En lo referente a la necesidad no sentida y no satisfecha de las mujeres, es posible afirmar que el aumento de la expectativa de vida en México ha causado también un incremento en la proporción de mujeres en etapa de climaterio con respecto a la población general. Tradicionalmente las mujeres en esta etapa buscan la atención médica cuando presentan problemas de salud como síntomas climatéricos severos, fracturas debido a la disminución de la densidad de la masa ósea, síntomas o complicaciones de las enfermedades crónicas; en su mayoría las mujeres no perciben la necesidad de prevenir o detectar dichos problemas de salud en etapas tempranas. Esta situación se traduce en que la atención de estos problemas en etapas avanzadas representa una carga importante para la salud pública debido a los altos costos de la atención médica, la disminución de la calidad de vida y la muerte prematura.^{140,141,142}

En México una alta proporción de mujeres en etapa de climaterio pasa por importantes cambios sociales, presenta síntomas climatéricos (57.8%), depresión (45.6%), padecen hipertensión arterial (34.4%) y/o diabetes (21.2%), fracturas de cadera secundarias a osteoporosis²⁵ (169 por 10.000 mujeres/año), cáncer de mama¹⁴³ (27.4 por 100,000 mujeres/año) y cáncer cérvico-uterino (19.2 por 100,000 mujeres/año). A esta situación se suma su limitado conocimiento acerca del climaterio, de sus problemas asociados y de las medidas preventivas indispensables, lo cual se refleja en su escasa participación en programas de detección y en su estilo de vida poco saludable, como alta proporción de sedentarismo y la baja ingesta de fruta, verdura y de alimentos ricos en calcio, que en conjunto impiden una mejor salud y calidad de vida. Por lo anterior, dicha situación apunta que la atención integral (bio-psico-social) con un enfoque de promoción de la salud y de prevención es una necesidad no sentida por esta población y que es primordial para aumentar la conciencia de las mujeres de sus necesidades y potenciales problemas relacionadas con la salud y mejorar los estilos de vida correspondientes.

Desde el lado de la oferta de los servicios de salud (forma en que la necesidad se ha venido atendiendo), la atención actual de la mujer en etapa de climaterio se sustenta en un modelo de atención médica con un enfoque predominantemente biológico y con escasa oferta de servicios psico-sociales, la relación entre los profesionales de salud y los pacientes es asimétrica, predomina una posición autoritaria de los profesionales, determinada por su conocimiento. Este modelo está organizado para que el personal de salud, principalmente médicos y enfermeras, otorguen atención curativa a demanda y en cumplimiento de programas preventivos que no necesariamente están orientados a mejorar la calidad de vida de la mujer, sino a identificar tempranamente posibles enfermedades. La escasa oferta de servicios psico-sociales se sustenta en la presencia de trabajadoras sociales y psicólogos quienes son muy pocos para satisfacer la demanda, además no se cuenta con ellos en forma generalizada en las clínicas de atención primaria

y más bien atienden otro tipo de problemas en la población. Desde esta panorámica, la estructura y los procesos de los servicios de salud de atención primaria, tienen una orientación que no es congruente con el concepto de la atención integral, lo que dificulta implementar en forma rutinaria este tipo de atención.

Las características de la población y de la estructura y procesos de atención dentro de la seguridad social hacen factible considerar la implantación de un modelo de atención integral para la atención de las mujeres en etapa de climaterio. La población afiliada a la seguridad social está cautiva y acude regularmente a las clínicas de adscripción y únicamente en caso de cambio de domicilio o pérdida de la afiliación deja de acudir a recibir los servicios. Se ha reportado que hasta 95% de la población afiliada utiliza los servicios y en promedio acude 3 veces al año a su clínica de adscripción. La prestación de la dispensación de los medicamentos recetados y de la realización de los estudios de laboratorio junto con el acceso a servicios de urgencias y hospitalarios, sin que todo ello represente un desembolso adicional más allá de los gastos de transporte, permiten que la población acuda de manera regular. En contraste la población que acude a los servicios de la Secretaría de Salud tiene menor regularidad y a pesar de que una gran mayoría están cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud, todavía es indispensable que realicen pagos de bolsillo para la adquisición de medicamentos y estudios de laboratorio, lo que dificulta su asistencia regular a los servicios y su participación en posibles intervenciones de carácter preventivo; están documentadas las diferencias socio-económicas entre la población con y sin seguridad social, tales como la existencia de una fuente regular de ingresos y de un mayor nivel educativo.

Los servicios de salud de la seguridad social tienen los atributos de coordinación y continuidad en la provisión, lo cual es indispensable para otorgar atención integral. En las clínicas de atención primaria se cuenta con un expediente clínico que permite el registro de las condiciones clínicas y la comunicación entre los proveedores. En general, se cuenta con un mayor número de proveedores de salud por cada mil habitantes. La estructura centralizada de la seguridad social permite que los modelos de atención vayan probándose y permeando a toda la institución. En cambio, en las clínicas de atención primaria de la Secretaría de Salud existe una mayor diversidad dado su carácter descentralizado y todavía tienen limitaciones en lo referente a su estructura, recursos físicos y personal de salud, lo que representa circunstancias más difíciles para implantar o probar modelos innovadores de atención.

Bajo estas consideraciones, queda fuera de discusión la importancia de abordar las necesidades de las mujeres en etapa de climaterio mediante una atención centrada en la propia mujer, que considere de una manera integral sus necesidades bio-psico- sociales y que permita que se empoderen a través de los conocimientos, fortalezas individuales, decisiones informadas, metas personales, habilidades y actitudes necesarias para cuidar su salud. Cabe precisar que al referirnos al empoderamiento de las mujeres, se retoman las siguientes ideas de los conceptos antes referidos: facilitar el reconocimiento de problemas de salud manifiestos o potenciales, que les permita con apoyo de personal de

salud capacitado darles solución, trazar un plan de acción para mejorar o mantener su salud, prevenir daños e incluso desarrollar capacidades para el cuidado autónomo.

Las características de la población y de la estructura y procesos de atención dentro de la seguridad social hacen factible considerar la implantación de un modelo innovador de atención integral para la atención de las mujeres en etapa de climaterio. Los resultados aquí reportados sobre esta primera intervención en el ámbito de la seguridad social permitirá contar con mayores elementos y evidencia para eventualmente proponer un estudio dirigido a la población sin seguridad social.

4. Objetivos.

Objetivo general.

Diseñar, implementar y evaluar un modelo de atención integral dirigido a mujeres en etapa de climaterio en el primer nivel de atención (medicina familiar) del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos específicos.

1. Diseñar e implementar un programa de capacitación para los integrantes del equipo de salud (médicos familiares, enfermeras y psicólogas) para otorgar atención integral a mujeres en etapa de climaterio.
2. Diseñar y/o adaptar, y validar los siguientes instrumentos:
 - a. Diseñar y validar una escala de conocimiento de las mujeres acerca de climaterio, sus factores de riesgo a la salud y estrategias preventivas.
 - b. Adaptar y validar la escala existente de auto-eficacia en su versión en español.
 - c. Adaptar y validar la escala de empoderamiento para el cuidado de la salud durante el climaterio.
3. Analizar con enfoque cualitativo la perspectiva de las mujeres sobre las inquietudes y necesidades de salud en relación al climaterio, el envejecimiento y el auto-cuidado de salud y el tipo de cambios después de participar en las asesorías grupales del MAIC.
4. Evaluar la efectividad del modelo de atención integral del climaterio en los siguientes aspectos:
 - a. Mejora de la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres.
 - b. Incremento del conocimiento de las mujeres acerca de las manifestaciones del climaterio y de los cuidados necesarios.
 - c. Incremento de la auto-eficacia para manejar los cambios del climaterio y mantener estilos de vida saludables (dieta, ejercicio, utilización de los servicios preventivos).
 - d. Aumento en la utilización de los servicios preventivos: detección de cáncer de mama, cáncer de cérvix, diabetes e hipertensión.
 - e. Aumento en el cumplimiento de las recomendaciones para ejercicio físico y mejora de hábitos alimentarios.

5. Métodos.

5.1. Población del estudio.

Mujeres en la etapa de climaterio, entre los 45 y los 59 años de edad, que no hubieran tenido más de 5 años después del cese de la última menstruación.

5.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

Mujeres en etapa de climaterio que aceptaron participar en el estudio a través de consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión:

Mujeres con problemas mentales que les impidieran comprender la información (demencia, retraso mental o psicosis) y mujeres con diagnóstico médico de depresión.

Mujeres con discapacidad física que no les permitiera participar en el estudio (hipoacusia y enfermedades que impiden la movilidad física de la mujer, como formas severas de artritis reumatoide).

Mujeres con enfermedades que limitan la vida en términos de su función o duración como, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, y/o cáncer, debido que requieren manejo específico de varios especialistas.

Mujeres embarazadas.

Criterios de eliminación:

Mujeres que cambiaron de adscripción o que solicitaron no continuar en el estudio.

5.3. Sede.

Dos unidades de medicina familiar (UMF) del IMSS en el Distrito Federal, con más de 20 consultorios, similares en el número de médicos y en infraestructura: en una UMF se aplicó la intervención y en otra como grupo de comparación, se observó la atención habitual a mujeres en etapa de climaterio.

5.4. Grupos del estudio.

Grupo de intervención. El modelo de atención integral a mujeres en etapa de climaterio (MAIMC) con un enfoque de empoderamiento consistió en la atención otorgada en forma colaborativa por el equipo de salud, conformado por el médico familiar, enfermera, psicóloga y con la participación activa de la mujer. El MAIMC se otorgó con el liderazgo de la enfermera para articular a los integrantes del equipo, para promover acciones preventivas e incorporar estrategias cognitivo-conductuales, como asesoría individualizada y grupal.

Grupo control. Atención habitual que consistió en atención otorgada por el médico familiar y la referente a los programas de prevención enfocados a este grupo de edad y que se brindan por las enfermeras de medicina preventiva de acuerdo a la demanda de las mujeres.

5.5. Método para el objetivo 1.

Diseñar e implementar un programa de capacitación para los integrantes del equipo de salud y preparar la intervención:

El equipo de investigación tomó en cuenta la revisión de la literatura para diseñar un programa de capacitación para los profesionales de salud integrantes del equipo multidisciplinario (con material correspondiente), sin perder de vista sus roles y responsabilidades dentro del modelo. Dentro de los lineamientos y guías que se revisaron para el diseño del programa de capacitación fueron entre otros:

“Lineamiento Técnico Médico para la Atención del Climaterio y la Prevención de las Complicaciones de la Menopausia en Medicina Familiar” (Clave 2730-013.003);

Lineamientos del PREVENIMSS-Guía técnica de programas integrados de salud para las mujeres entre 40 y 59 años;

Guía para el cuidado de la salud de PREVENIMSS;

Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2004.

Dentro del material de capacitación se desarrolló:

Una guía para la capacitación de las enfermeras y psicólogas sobre la asesoría de la mujer en etapa de climaterio que está enfocada a la atención individualizada y grupal de las mujeres. Incluye atención y educación dirigidas al manejo de los cambios psicológicos, los cambios fisiológicos del climaterio y la promoción de conductas favorables por parte de las mujeres respecto a dieta, ejercicio y utilización de los servicios de prevención y detección de enfermedades crónicas.

Se desarrollaron **8 trípticos dirigidos a las mujeres** sobre el climaterio: síntomas, signos y cambios propios de esta etapa; factores de riesgo para desarrollar síntomas vasomotores, de atrofia vaginal y de enfermedades crónicas; actitudes y conductas favorables para la prevención de los problemas de salud durante el climaterio como los cambios en los estilos de vida (ejercicio y alimentación), la búsqueda oportuna de atención médica y la utilización de los servicios de prevención y detección de enfermedades crónicas. La versión inicial de cada tríptico se validó mediante consenso de expertos y prueba piloto con mujeres en etapa de climaterio, para evaluar su comprensión del contenido y resolver dudas frecuentes.

Preparación de la intervención en las UMF.

Se seleccionaron dos UMF similares en el número de médicos y en infraestructura. De estas dos unidades por conveniencia (disponibilidad de espacios para la intervención) se asignó una clínica de intervención donde se desarrolló el MAIMC y otra de control en la cual se observó la atención habitual.

En cada UMF se efectuó la gestión para desarrollar el estudio con autorización de sus autoridades (director de la clínica, jefe de enseñanza). Posteriormente se realizó la difusión del proyecto entre el personal de salud, mediante presentaciones donde se invitó a los médicos familiares y otro personal de salud a participar en el estudio.

Se solicitó la colaboración de todo el personal de la UMF para: facilitar el acceso a los datos de los expedientes de las mujeres seleccionadas en el estudio, informar a las mujeres acerca del proyecto, etc. También se solicitó la colaboración de los servicios de atención preventiva (PREVENIMSS).

Formación de equipo multidisciplinario para brindar servicio a las mujeres en etapa de climaterio y capacitación del personal participante.

En UMF de intervención se invitó a todos los médicos a participar en el estudio.

La enfermera y la psicóloga fueron contratadas ex profeso para este estudio y fueron seleccionadas de entre quienes tenían estudios de licenciatura, experiencia clínica en la atención de mujeres en etapa de climaterio, experiencia profesional de trabajo grupal, antecedentes de mejorar profesionalmente (asistir a cursos, certificarse, participar en proyectos de investigación y/o programas para mejorar la atención), asistir a la capacitación y tener evaluación favorable de su desempeño durante los mismos (conocimiento de climaterio, iniciativa para aprender y profundizar en su conocimiento, interacción con los asistentes al taller, capacidad de escuchar, sintetizar, fundamentar decisiones).

1) Capacitación de los médicos.

Se realizaron dos talleres semanales, de una hora cada una, a cargo de los investigadores del estudio.

Para la capacitación se realizaron los siguientes talleres:

Taller 1: a) Introducción: un nuevo modelo de atención integral a la mujer en la etapa de climaterio, como una estrategia de mejora de la calidad atención; b) Organización del equipo de atención, mediante la asignación de roles y responsabilidades en la atención de la mujer en la etapa de climaterio.

Durante este taller, se resaltó la importancia de no sorprenderse si las mujeres solicitaban información o explicaciones durante la consulta. Además se repartió un tríptico dirigido al personal médico como recordatorio ya que el tiempo de la consulta y la demanda de ésta, no permite involucrarlos más allá de la consulta habitual.

Taller 2: Revisión y discusión de las recomendaciones basadas en evidencias para el manejo farmacológico y no farmacológico de las mujeres en la etapa de climaterio (revisión de los lineamientos del IMSS y las guías clínicas internacionales). Aplicación de recomendaciones en un caso de mujer en etapa de climaterio.

Los métodos utilizados para manejo de talleres fueron: exposición oral y discusión grupal guiada.

2) Capacitación de la enfermera y de la psicóloga.

Una enfermera y una psicóloga colaboraron en el estudio; previamente fueron capacitadas por los investigadores. La capacitación teórico-práctica (de 60 horas) se sustentó en una “guía de capacitación” elaborada ex profeso. Los tópicos de capacitación fueron: 1) Conceptos básicos del climaterio y necesidades de la salud de la mujer; 2) Salud emocional, autoestima y auto-confianza durante el climaterio; 3) Enfoque de empoderamiento y auto-cuidado de la salud; 4) Ejercicio físico regular; 5) Dieta enriquecida con frutas, verduras y productos lácteos; 6) Entrevista de motivación como un método de asesoramiento dirigido a promover cambios de comportamiento; 7) Plan de acción, su seguimiento y cumplimiento de metas; 8) Ejercicios de asesoría grupal bajo el enfoque de empoderamiento; 9) El nuevo modelo de atención integral a la mujer en la etapa de climaterio: MAIC.

3) Capacitación de las entrevistadoras. La investigadora principal, por su experiencia previa, capacitó a 2 entrevistadoras para identificar las potenciales participantes, informar acerca del estudio, obtener el consentimiento informado y a quienes acepten participar, aplicar el cuestionario. Cada encuestadora recibió **la lista** con los criterios de inclusión de las mujeres y el cuestionario del proyecto. Estos documentos se utilizaron en tres sesiones de trabajo de 2 horas cada una, durante 3 días consecutivos: la primera sesión se realizó en aula para aclarar las dudas acerca de los criterios de inclusión y del cuestionario; además cada encuestadora llenó 2 cuestionarios, al entrevistar a su compañera y otra mujer con la supervisión de la capacitadora. En las siguientes dos sesiones, la aplicación de cuestionarios fue en una UMF, con la supervisión y orientación de la capacitadora para invitar a las mujeres, aplicar el cuestionario (2-3 mujeres por día) y revisar los expedientes de las mujeres y sus cartillas de PREVENIMSS.

5.6. Método para el objetivo 2.

Diseño y/o adaptación y validación de los instrumentos de medición:

El trabajo de diseño, adaptación y validación de escalas se realizó durante la etapa basal del MAIMC.

a) El conocimiento de las mujeres acerca de climaterio se midió con un cuestionario diseñado ex profeso por los investigadores del proyecto. Los contenidos del cuestionario se sustentaron en la revisión de la literatura y en la experiencia del equipo de trabajo en estudios previos con mujeres en etapa de climaterio. La revisión de la literatura guió la formulación de las preguntas, las cuales se procuró que fueran representativas de los principales aspectos del climaterio y apropiadas para el lenguaje de mujeres mexicanas de la Ciudad de México.

Con el fin de tener un instrumento válido y confiable se realizó: 1) La validación del contenido de la escala mediante el método del índice de validez de contenido (IVC) el cual consiste en la validación de los reactivos incluidos en el cuestionario con respecto a

su pertinencia y propiedad en términos de su conceptualización. Para este fin, se integró un grupo de expertos, cuyas principales características fueron tener formación en el área de salud, ser autores de instrumentos de evaluación en salud, haber laborado en el IMSS y tener experiencia en el manejo de las mujeres en el climaterio. El grupo estuvo constituido por un médico gineco-obstetra, un médico familiar, dos enfermeras, una socióloga médica y una especialista en educación médica. Los integrantes del grupo recibieron la información acerca de los objetivos del estudio y del cuestionario propuesto. Se solicitó a los expertos asignar un valor del 1 al 4 a cada reactivo (1=no pertinente y 4=muy pertinente). El IVC es el porcentaje del total de reactivos a los que los expertos dan puntuación de 3 ó 4. Se consideró un IVC de 0.80 o más, como indicativo de una validez de contenido apropiada. 2) Se realizó la aplicación de la versión preliminar del cuestionario en una muestra piloto (20 mujeres) para explorar su comprensión por las participantes en el MAIC; 3) Posteriormente se realizó la validación del constructo mediante un análisis factorial aplicando la técnica de rotación ortogonal de Varimax.¹⁴⁴ El método de extracción de componentes principales y rotación ortogonal se utilizó para reducir el número de variables y buscar la relación entre ellas (clasificar variables). Cada factor se integró con todos los reactivos que registraron coeficientes mayores a 0.40 y que no tuvieron cargas mayores a 0.40 en más de un factor (reactivos ambiguos). Se eliminaron los factores que alcanzaron individualmente menos de 3 reactivos significativos (criterio de existencia).¹⁴⁵ Se evaluó la adecuación del análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. 4) La estimación de la confiabilidad se hizo con el cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach.

b) La auto-eficacia de las mujeres en relación a climaterio, menopausia y sus cuidados, se midió con la escala modificada de auto-eficacia de mujeres perimenopáusicas (PHS-ES)¹³⁰ que cuenta con 21 reactivos. Cada reactivo tiene respuestas en una escala de tipo Likert de 9 puntos, donde 1 corresponde a no puede hacerlo y 9 se refiere a estar completamente segura que puede hacerlo. La puntuación máxima de PHS-ES es de 189 y la mínima es 21. Como ya se mencionó, la versión original está en idioma inglés y se contaba con la versión española adecuada para mujeres de origen latino residentes en Estados Unidos de América. La autora de la escala autorizó que ésta se utilizara en el proyecto. La escala fue revisada por los investigadores del estudio en relación a su equivalencia cultural y validez de contenido, posteriormente se hicieron ajustes gramaticales para favorecer la semántica y la sintaxis. La escala modificada se aplicó a una muestra piloto (20 mujeres) para explorar su comprensión en la población bajo estudio y se ajustaron los reactivos de acuerdo al español mexicano. Para la validación del constructo se hizo un análisis factorial mediante la técnica de rotación ortogonal de Varimax y la prueba alfa de Cronbach para estimar el coeficiente de confiabilidad.

c) El empoderamiento de las mujeres en relación al cuidado de su salud durante el climaterio tuvo como referente la escala corta de empoderamiento de diabetes.¹³¹ Los autores originales aprobaron que la escala se adaptara para este estudio. La frase

“empoderamiento para el auto-cuidado de salud en personas con diabetes” fue modificada por “empoderamiento para el auto-cuidado a la salud en la etapa de climaterio”. La puntuación máxima de empoderamiento es de 5 y la mínima es 1. La versión adoptada de la escala de empoderamiento se validó de la misma manera que la escala de auto-eficacia.

Tanto para el análisis factorial, como para la prueba de alfa de Cronbach, se tuvo cuidado de tener las respuestas cuando menos 10 mujeres para cada pregunta y de esta manera contar con una muestra suficiente para fines de validación.

5.7. Método para el objetivo 3.

Análisis cualitativo de la perspectiva de las mujeres sobre las inquietudes y necesidades de salud en relación al climaterio, el envejecimiento y el auto-cuidado y el tipo de cambios después de participar en las asesorías grupales del MAIMC.

Previo consentimiento informado de las mujeres participantes, las asesorías grupales fueron grabadas y transcritas. El número de grupos para analizar se definió de acuerdo al criterio de saturación teórica. Se realizó análisis temático inductivo.¹⁴⁶

El análisis temático incluyó las siguientes etapas: 1) Familiarización con los datos mediante transcripción literal, lectura y relectura; 2) Generación de los códigos iniciales mediante proceso inductivo; 3) Búsqueda de temas, mediante el empalme (códigos de fusión más pequeños juntos) y la vinculación (agrupación de los códigos más pequeños en un tema común). Los temas fueron identificados dentro de los significados explícitos y los investigadores no añadieron más de lo que las participantes dijeron; 4) Revisión de temas; 5) La definición y denominación de los temas, para la cual se generaron sus nombres y definiciones, y perfeccionamiento de los detalles de cada tema; 6) Análisis de los extractos seleccionados, con la presentación del contenido y significado de los temas identificados durante y después del análisis. El análisis incluyó un proceso de iteración constante entre el conjunto completo de datos, los extractos codificados y los datos y fue guiado a partir de las preguntas de investigación.

El análisis fue realizado por un sociólogo, un psicólogo y dos médicos, todos ellos con experiencia en investigación en salud. El proceso de triangulación se llevó a cabo a través del análisis individual inicial y discusiones grupales posteriores, con especial énfasis en que las cuestiones importantes no fueran ignoradas. Las narraciones de las mujeres al inicio de cada asesoría grupal se consideraron como " los temas del discurso al inicio de la intervención ". "Los temas al final de la intervención", fueron aquellos que se obtuvieron al final de cada sesión y al final de todas las sesiones grupales.

5.8. Método para el objetivo 4.

Evaluar la efectividad del modelo de atención integral del climaterio

5.8.1. Diseño.

Ensayo de campo con grupo control antes-después.

5.8.2. Descripción de la intervención.

En la UMF de intervención se implementó el MAIMC. El MAIMC con un enfoque de empoderamiento consistió en la atención otorgada en forma colaborativa por el equipo de salud conformado por el médico familiar, enfermera, psicóloga y con la participación activa de la mujer. El esquema de atención integral tuvo una duración de tres meses para cada mujer y de tres meses de seguimiento (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la atención entre el equipo de salud: médico familiar, enfermera de atención primaria y psicóloga.

Consultas/ Meses	0	Intervención			Seguimiento		
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Médico familiar	Consulta de valoración basal			Consulta de seguimiento y valoración			
Enfermera	Consulta de valoración basal	Una consulta de seguimiento y recordatorio telefónico	Una consulta de seguimiento y recordatorio telefónico	Consulta de seguimiento y valoración	Recordatorio telefónico	Recordatorio telefónico	Consulta de valoración final
Psicóloga	Consulta de valoración basal	Número de consultas de acuerdo a la necesidad de cada mujer*	Número de consultas de acuerdo a la necesidad de cada mujer*	Consulta de seguimiento y valoración			
Asesoría grupal		5 sesiones de asesoría grupal					

En la UMF de control las mujeres recibieron la atención habitual que consiste en la atención otorgada por el médico familiar y por los programas de prevención enfocados a este grupo de edad. Esta atención la brindan las enfermeras de medicina preventiva y es de acuerdo a la demanda de las mujeres.

A. Reclutamiento de las mujeres y consulta con el médico familiar.

En los dos turnos de atención, los médicos familiares que voluntariamente aceptaron participar, identificaban y evaluaban a las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, revisaban los estudios de gabinete y/o laboratorio; otorgaban atención médica que incluía servicios preventivos y curativos, enfatizando la utilización apropiada de la terapia hormonal y enviaban a las mujeres candidatas a ingresar al estudio con entrevistadoras previamente capacitadas, quienes en la sala de espera informaban e invitaban a las mujeres a participar en el estudio. Aquellas que aceptaban participar se les solicitaron consentimiento informado escrito (Anexo 1A) y se les aplicó el cuestionario basal elaborado para el estudio (Anexo 2). Al finalizar la entrevista se les refirió al consultorio de enfermería del estudio. Otra fuente de reclutamiento fueron las entrevistadoras que en los pasillos de la UMF invitaban a las mujeres que venían acompañando a sus familiares; así como en cada piso de la clínica en la entrada y en la escalera se colocaron lonas con invitación a participar en el estudio.

B. Consultas de enfermería.

La enfermera otorgaba atención mensual a las participantes (primera consulta 40-60 minutos, consultas subsecuentes 20-30 minutos).

Durante la consulta, la enfermera realizaba las siguientes actividades:

- 1) Entrevista para determinar sus necesidades de salud en: acciones de prevención y educación para el auto-cuidado. Revisión de la nota médica.
- 2) Exploración física: medición del peso y talla, presión arterial, circunferencia de cintura, frecuencia cardiaca.
- 3) Asesoría* individualizada sobre climaterio y su auto-cuidado (Tabla 4).
- 4) Control de cumplimiento de las indicaciones del médico familiar referentes a la realización de actividades de PREVENIMSS.
- 5) Calendarización de las citas mensuales para otorgar asesoría individualizada y cuidados de enfermería. Programación de asesoría grupal. Programación de las citas con otros integrantes del equipo de salud.
- 6) Coordinación con el médico familiar y psicóloga para la atención de las mujeres, con el propósito de lograr una atención integral, continua y en congruencia con las necesidades individuales de cada mujer.

Tabla 4. Asesoría individual con enfermera

Pasos	Contenido
1. Evaluación del estado actual de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera y la mujer revisaron de manera conjunta prácticas de auto-cuidado de la mujer (dieta, ejercicio, atención a servicios de prevención). • Información sobre climaterio menopausia y sus cuidados: a) definición de climaterio y menopausia y los problemas de salud que la mujer puede presentar durante y después de la etapa de climaterio; b) descripción de los factores (actividades) de riesgo y protectores de la aparición de dichos problemas; c) respuesta a las preguntas de la mujer.
2. La enfermera facilita que la mujer reconozca su responsabilidad personal para el cuidado de su salud	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a la mujer acerca de los valores personales específicos en relación a su salud, empezando con la pregunta: ¿Qué salud le gustaría tener en 10 años?
3 y 4. La enfermera colabora con la mujer para que ésta sea capaz por sí misma de establecer una meta y un plan de acción en relación al auto-cuidado de su salud. De esta forma se da lugar al empoderamiento de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de metas personales para el auto-cuidado de su salud. • Identificación de las barreras percibidas y las posibles fuentes de apoyo para lograr las metas de auto-cuidado. • Selección de estrategias/acciones para superar las barreras, utilizando el modelo de resolución de problemas. • Estímulo para que la mujer se comprometa a llevar a cabo las acciones. • Evaluación conjunta el nivel de confianza (auto-eficacia) de la mujer para el logro de las acciones.

Adoptado de Funnell MM, 1991 y Funnell MM, 2004 y modificado para asesorar a las mujeres en la etapa de climaterio.

La enfermera utilizó la técnica de la entrevista de motivación para facilitar que la mujer reconociera su responsabilidad en el auto-cuidado, definiera las metas y elaborase un plan de acción. La entrevista de motivación lleva a la práctica la teoría de la autodeterminación. Es un método de asesoramiento dirigido a promover cambios de comportamiento mediante exploración y resolución de la ambivalencia del individuo.¹⁴⁷ Los principios básicos de esta técnica incluyen la evaluación y articulación de las conductas del individuo con posibles problemas de su salud.

En la entrevista de motivación la enfermera ayudaba a la mujer a ser más consciente de las discrepancias entre sus metas personales de salud y su conducta (alimentación y actividad física); la enfermera también apoyó hacia la autonomía de la participante, animándola a obtener motivos personales para el cambio y tomar decisiones al respecto, pero sin imponer sus puntos de vista sobre el cambio de conducta.

Durante las asesorías la enfermera estimulaba a las mujeres a elegir una meta "SMART" (Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Timely), que significa, que la meta sea: específica, medible, alcanzable, realista y oportuna y con una alta probabilidad de éxito, porque el éxito, no importa qué tan pequeño sea, aumentará la auto-eficacia de la mujer.¹⁴⁸

La enfermera explicó a cada mujer que las metas son generales y los planes de acción son muy específicos. Por ejemplo, la meta puede ser: "perder 3 kilogramos de peso" y un plan inicial de acción puede ser: "Reducir el consumo de pan de 2 a 1 rebanada 3 veces al día; No comer pollo frito más de una vez a la semana; no comer chocolate los martes y jueves; sustituir refrescos por el agua; caminar alrededor de las calles de su casa todos los días". Una vez que la mujer elegía un plan de acción específico, se le pedía que evaluara el nivel de auto-eficacia para el logro de la acción escogida. Se recomendaba restablecer el plan de acción si el nivel de auto-confianza era bajo. Una vez alcanzado un nivel de auto-confianza moderado o alto, se especificaban y registraban detalles sobre el plan de acción (qué, cuándo, con qué frecuencia, etc.).

El seguimiento de las mujeres se realizó a través de las consultas mensuales. La mujer y la enfermera evaluaban en forma conjunta el avance en el logro de las metas y acciones específicas en el desarrollo y mantenimiento de conductas saludables (asistencia a los programas de PREVENIMSS, práctica de actividad física regular y alimentación saludable). Conjuntamente buscaban: solución para los problemas y barreras para cumplir con el plan de acción. La falta de éxito en lugar de un fracaso se interpretó como "lecciones aprendidas". Mediante mensajes de refuerzo individual se buscó motivar a las mujeres para alcanzar sus metas individuales.

Un día previo a las citas, las entrevistadoras realizaban recordatorios telefónicos para promover la asistencia. En los casos de inasistencia a la cita, se efectuó el seguimiento telefónico hasta con tres llamadas con el propósito de ofrecer una nueva cita.

C. Actividades de la psicóloga.

El número de consultas se definió en forma conjunta entre la psicóloga y la mujer, de acuerdo a las necesidades individuales de ésta. Las asesorías individuales se basaron en el enfoque de empoderamiento y la Terapia Racional Emotiva de acuerdo al modelo central ABC propuesto por A, Ellis.¹⁴⁹ Según el modelo, las consecuencias emocionales y conductuales (C) son el resultado de las creencias (B) sobre la activación de los eventos (A) (tabla 5A y 5B).

La asesoría individual con enfoque de empoderamiento comprendió trabajo conjunto con la mujer para lograr su auto-eficacia y participación en el cuidado de su salud emocional y contribuir a su salud física y bienestar social, de acuerdo a los siguientes contenidos:

Tabla 5 A. Asesoría individual con la psicóloga

Técnicas	Contenido	Objetivos alcanzados
<p>Psico-educativa Empoderamiento (Información)</p>	<p>Información sobre la salud emocional durante el climaterio, explicando los factores del climaterio que provocan un malestar emocional de aquellos factores psicosociales que coinciden con la etapa de climaterio e intensifican la alteración psicológica.</p>	<p>Proporcionar a la mujer información correcta y clara, procurándole oportunidades para actuar de acuerdo a sus necesidades al identificar todos los factores que afectan su estado emocional.</p>
<p>Empoderamiento. (Reconocimiento e inclusión de su participación)</p>	<p>La psicóloga, a través de lo que detectaba en la mujer, la cuestionaba para facilitar que la mujer identificara de forma objetiva los factores que le provocaron el estado emocional en el que se encontraba, ya sea por los síntomas de climaterio o por factores psicosociales como su núcleo familiar primario, su pareja, hijos, trabajo, amistades o significados culturales de la etapa. Se motivó a la mujer para comprender que la experiencia emocional negativa que sentía no solo podía ser por el climaterio sino por otros factores.</p>	<p>La mujer al sentirse incluida con su participación en la identificación de los factores que le afectaron, formó parte de su propia intervención, generando más responsabilidad sobre sus acciones, fomentando su participación en su auto cuidado, y generando control sobre los hechos y ella misma.</p>
<p>Reestructuración cognitiva. Empoderamiento (Soluciones)</p>	<p>La psicóloga identificaba las creencias o pensamientos irracionales con respecto al climaterio. Enseñó a la mujer el proceso por el cual podía analizar dichos pensamientos o creencias.</p>	<p>La mujer logró detectar, controlar y poner en práctica el análisis de sus pensamientos y creencias irracionales. Se fomentó el desarrollo de sus habilidades, y la mejora de su actitud para enfrentar objetivamente su entorno.</p>
<p>Terapia Racional Emotiva Empoderamiento (Desarrollo de competencias y toma de decisiones)</p>	<p>La psicóloga exploró y valoró los factores psicosociales que afectaban a la mujer, colaborando con ella en la resolución de éstos, señalando las consecuencias en su comportamiento, en sus emociones y su condición física. De acuerdo con las características de la mujer se desarrolló un conocimiento, estrategias, actividades, habilidades y actitudes que le permitieran trabajar sus obstáculos, para favorecer un mejor desarrollo individual y social.</p>	<p>La mujer pudo tomar mejores decisiones resolviendo sus problemas; empezó a fortalecer su capacidad de convertirse en socia activa del cuidado de su salud.</p>
<p>Empoderamiento</p>	<p>La psicóloga junto con la mujer evaluaron los</p>	<p>La mujer empezó a asumir la</p>

Técnicas	Contenido	Objetivos alcanzados
(Seguridad, confianza y auto-eficacia para lograr lo que se propuso en su salud emocional)	<p>procesos y las alternativas de solución desarrollados por ambas, para cada factor identificado como causa del malestar emocional, reforzando o modificando entre las dos la alternativa según el caso.</p> <p>La psicóloga fortaleció la auto-eficacia de la mujer al llevar a cabo las estrategias planteadas en el logro de sus objetivos.</p> <p>La psicóloga y la mujer valoraban si ésta se sentía motivada para cuestionar su actuar individual y social.</p>	<p>responsabilidad que tenía sobre su propia vida y las consecuencias de sus acciones, así como de sus metas personales en el destino que empezó a construir en lugar de asumir. Auto regulando su participación social con la psicóloga a una participación individual con su propia vida</p>
Empoderamiento (Promover como proceso individual y social)	<p>En el seguimiento de la mujer, la psicóloga siguió explorando la confianza, autosuficiencia, competencias y el desarrollo o reforzamiento de los vínculos de la mujer, así como la información que manejaba sobre el climaterio, en específico sobre los aspectos psicológicos que intervienen en esta etapa.</p>	<p>La mujer tuvo la seguridad y efectos positivos directos del trabajo que realizó pues fueron producto de su empoderamiento en el cuidado de su salud, transmitiendo su éxito a su entorno social y principalmente para ella misma.</p>

Tabla 5 B. Ejemplificación del modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva para la atención de las mujeres en etapa de climaterio

A Evento activador	B Creencias irracionales	C Consecuencias	D Discusión: análisis y reflexión	E Alternativas	F Modificación
1. Síntomas de climaterio. (bochornos, sudoraciones y sequedad vaginal)	1. "Me voy a volver loca"	1. Angustia, enojo, tristeza. Comportamiento agresivo con su familia, amistades, trabajo y estrés	1. Procedimiento de reestructuración cognitiva (análisis de las creencias)	1. Información sobre la etapa de climaterio y acciones para disminuir los síntomas de climaterio	1. Emociones y actitudes positivas, disminución de los síntomas.
2. Cambios en el cuerpo	2. "No sirvo para nada"	2. Sentimientos de inutilidad, miedo, depresión, comportamiento de aislamiento y cansancio físico	2. Procedimiento de reestructuración cognitiva. (análisis de las creencias)	2. Acciones para la prevención de enfermedades y cuidados de su salud física	2. Aumento en su autoestima o autoconfianza para relacionarse consigo misma y en su entorno
3. Cambios en estructura y relaciones familiares	3. "La causa de que me vaya mal es el climaterio."	3. Frustración, enojo, insomnio comportamiento agresivo	3. Procedimiento de reestructuración cognitiva.	3. Procedimiento de resolución de conflictos	3. Afrontamiento orientado al problema y a la emoción. Mejor

4.Cambios laborales (Jubilaciones, despidos, etc.)	4. "Por el climaterio me siento triste"	4. Ansiedad, depresión, sentimientos de soledad, vacío, pérdida de apetito, falta de concentración, pérdida de interés en actividades familiares	(análisis de creencias) 4. Procedimiento de reestructuración cognitiva (análisis de creencias)	4. Planteamiento de oportunidades y ventajas de acuerdo a sus preferencias.	relación y apoyo familiar. 4. Percepción positiva sobre la etapa de climaterio y afrontamiento orientado al problema.
--	---	--	---	---	--

La duración máxima de cada cita individual con psicóloga fue de 60 minutos.

D. Asesorías grupales.

Todas las mujeres de la clínica de intervención que participaron en el estudio fueron invitadas a ocho asesorías grupales con el fin de reforzar su conocimiento acerca de climaterio y sus cuidados, también para compartir experiencias, preocupaciones y motivaciones, con otras mujeres. Cada sesión grupal fue coordinada por la enfermera del estudio o la psicóloga, según los objetivos de la sesión educativa.

Las sesiones grupales se enfocaron a las necesidades educativas comunes (Tabla 6); su tiempo promedio fue de 90 minutos y la asistencia de 5 a 10 mujeres por sesión.

Tabla 6. Temas, y actividades de las asesorías grupales.

Temas	Objetivos y método	Actividades
Sesión 1: Climaterio, menopausia y el enfoque de empoderamiento	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> Identificar las creencias y expectativas acerca de la etapa del climaterio, la menopausia y el envejecimiento. Facilitar entendimiento de los conceptos básicos del climaterio. Facilita a la mujer clarificar los valores personales específicos en relación a su salud. Facilitar entendimiento del 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación general del personal de salud involucrado en el estudio (la investigadora principal, enfermeras y psicóloga, las mujeres participantes del grupo. Al mismo tiempo se invitó a las mujeres a contestar a la pregunta: ¿Por qué aceptaron la invitación de participar en el estudio? con el fin de escuchar sus intereses, necesidades y expectativas (15 minutos). <p>La psicóloga:</p> <ul style="list-style-type: none"> Invitó a las mujeres a definir ¿Qué es el climaterio? Y ¿Qué es la menopausia? Si en 5 minutos no había recabado respuestas con las definiciones correctas y errores frecuentes, dejó de preguntar y mostró en el pizarrón las definiciones correctas y las analizaron grupalmente (10 minutos). Preguntó sobre las creencias acerca de los beneficios y dificultades/problemas de la etapa del climaterio. Anotó en dos columnas, bajo los encabezados de Beneficios y Dificultades/Problemas las respuestas, con la finalidad de identificar y mostrar la "universalidad" de las

	<p>concepto de empoderamiento.</p> <p>Método: Lluvia de ideas y exposición oral, discusión grupal guiada.</p>	<p>dificultades durante la etapa. [El aspecto de “universalidad hará sentir a las mujeres que no son las únicas que están pasando por esta etapa de climaterio y que les resulta difícil. Lo que contribuirá a la identificación a nivel social y personal.] Después de 10 minutos de recabar las respuestas completó una lista de beneficios y dificultades y los discutió grupalmente (25 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntó sobre las expectativas para vivir la vejez, anotó las respuestas en el pizarrón y los discutió grupalmente utilizando la frase: “En etapa de climaterio la mujer tiene la oportunidad para reconstruir/mejorar su vida” (15 minutos). • Presentó el concepto de empoderamiento y los objetivos principales de asesoría grupal dentro del presente proyecto (20 minutos) • Retroalimentación de la sesión: ¿Qué aprendieron sobre etapa de climaterio? ¿Les parece que esto se relaciona a su vida? ¿Cómo les ayuda esto a ustedes? Anunció los temas de la siguiente sesión grupal y cerró la sesión (10 minutos).
<p>Sesión 2. Salud emocional, autoestima y auto-eficacia durante el climaterio</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar entendimiento de los cambios emocionales durante el climaterio. • Explicar los conceptos de: salud emocional, autoestima y auto-eficacia. <p>Método: Lluvia de ideas y exposición oral, discusión grupal guiada</p>	<p>La psicóloga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saludaba a las mujeres y presentaba en forma resumida las definiciones discutidas en la sesión anterior, pidió que se tuviera presente la trascendencia de la participación de las mujeres en su auto-cuidado, en particular, para esta sesión en lo que respecta a su salud emocional) (10 minutos). • Invitó a las mujeres a describir cómo los cambios físicos y sociales durante el climaterio influían en su estado emocional. Anotó en el pizarrón los problemas/afectaciones emocionales anunciados por las mujeres (10 minutos). • Pidió ejemplificar y discutir la frase: “Los pensamientos erróneos son la principal causa del malestar emocional” (20 minutos). • Pidió describir y anotar en el pizarrón en forma resumida, cómo emociones negativas afectaban su vida social: relación con pareja, amigos y su autoestima. Posteriormente definió el concepto de autoestima y coordinó la discusión sobre cómo aumentar la autoestima. (20 minutos). • Pidió a las mujeres dar su definición del concepto de auto-eficacia y posteriormente lo definió. Coordinó la discusión guiada sobre cómo aumentar la auto-eficacia en el manejo de los cambios psicológicos y fisiológicos durante el climaterio y para practicar las conductas preventivas. Promocionó la comunicación con el equipo

		<p>de salud (auto-confianza para preguntar al médico y enfermera acerca de sus preocupaciones relacionadas con climaterio y para sentirse comprendido) y de la utilización de los servicios preventivos (20 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentó sobre la sesión. Anunció las temas de la siguiente sesión grupal y cerró la sesión (10 minutos).
<p>Sesión 3. Factores que predisponen a desarrollo de enfermedades durante el climaterio y estrategias de auto-cuidado</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las creencias acerca de los factores que predisponen al desarrollo de problemas de salud durante el climaterio; • Facilitar el entendimiento del concepto de factor de riesgo (ejemplificando para problemas de salud durante el climaterio); • Identificar las creencias y facilitar entendimiento de estrategias efectivas de auto-cuidado durante climaterio. <p>Método: bajo el referente del auto-cuidado hacia la prevención de daños, se procura la participación de las mujeres mediante una lluvia de ideas de acuerdo a sus experiencias personales, exposición oral de las profesionales de salud sobre los factores de riesgo para enfermedades crónicas y discusión grupal guiada.</p>	<p>La enfermera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saludaba a las mujeres y presentaba en forma resumida las definiciones discutidas en la sesión anterior (10 minutos). • Pedía definir qué es el factor de riesgo. Si en 5 minutos no había recabado respuestas con las definiciones correctas y errores frecuentes, dejaba de preguntar y mostraba en el pizarrón la definición correcta y la analizaba grupalmente (10 minutos). • Pedía anunciar los factores que aumentan el riesgo para desarrollar y los factores que protegen de: los síntomas climatéricos, de atrofia vaginal, enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión, cáncer de mama). Anotaba en cuatro columnas, bajo los encabezados de síntomas climatéricos (factores que predisponen y factores que protegen) y enfermedades crónicas (factores que predisponen y factores que protegen). Si en 15 minutos no había recabado respuestas con las definiciones correctas y errores frecuentes, dejaba de preguntar, complementaba la lista y la analizaba grupalmente (30 minutos). • Invitaba a las mujeres a elaborar una lista individual donde se identificarán los posibles factores de riesgo que cada una tenía para desarrollar síntomas climatéricos y enfermedades crónicas durante el climaterio y escogía estrategias (acciones) que les parezcan factibles para prevenirlos (10 minutos). Posteriormente, se les invitaba a discutir la factibilidad de dichas estrategias, con el fin de anunciar dentro de los temas de la siguiente sesión el relativo al ejercicio físico y cómo hacerlo factible (30 minutos). • Retroalimentaba y cerraba la sesión (10 minutos).
<p>4. Actividad física: barreras, beneficios, tipo, frecuencia y tiempo</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el entendimiento de la importancia (los beneficios) de ejercicio físico durante el climaterio. 	<p>La enfermera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saludaba a las mujeres y presentaba en forma resumida las definiciones discutidas en la sesión anterior (10 minutos). • Invitaba a las mujeres a responder las siguientes preguntas ¿Porque es importante el ejercicio físico? ¿Qué beneficios para la salud tiene ejercicio físico? Si

<p>recomendable. Como establecer un plan de acción individual sobre ejercicio físico y hacerlo factible (resolución de problemas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definir tipo, frecuencia y tiempo recomendable para realizar ejercicio físico por día. Facilitar identificación de las posibles barreras y fuentes de apoyo para ejercicio físico. Facilitar que la mujer escoja estrategias/acciones para superar las barreras, utilizando el modelo de resolución de problemas. <p>Método: Lluvia de ideas y exposición oral, discusión grupal guiada.</p>	<p>en 5 minutos no había recabado respuestas con las definiciones correctas y errores frecuentes, dejaba de preguntar y mostraba en el pizarrón las definiciones correctas y las analizaban grupalmente (10 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> Invitaba a las mujeres a comentar sobre el tipo de ejercicio físico, tiempo para realizarlo por día y frecuencia de ejercicio a la semana. Si en 10 minutos no había recabado respuestas con las definiciones correctas y errores frecuentes, dejaba de preguntar y mostraba en el pizarrón las definiciones correctas y las analiza grupalmente (15 minutos). Planteaba como tarea individual, que las mujeres seleccionaran posibles opciones para mejorar su actividad física; analizaban las posibles barreras y fuentes de apoyo para cada una de las opciones, evaluaban el nivel de auto-eficacia (confianza) para llevar a cabo dichas opciones (con una escala de 0 a 10) y escogían una opción más factible con las que tienen alto nivel de auto-confianza (Pedía que la mujer anotara la lista de opciones y las barreras y fuentes de apoyo para cada una). (10 minutos) Pedía a una mujer que voluntariamente presentara su lista de opciones para actividad física y que las otras mujeres la apoyaran para encontrar más soluciones para superar las barreras e incrementar su actividad física) (15 minutos). Invitaba a las mujeres a hacer las preguntas y responderlas (entre ellas o en caso necesario con ayuda de la enfermera) acerca de establecimiento del plan de acción individual para mejorar la actividad física y para resolver las posibles barreras para su implementación. (20 minutos). Retroalimentaba la sesión. Anunciaba los temas que se abordarían en la siguiente sesión grupal y cerraba la sesión (10 minutos).
<p>Sesión 5: Alimentación saludable durante el climaterio</p>	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Facilitar el entendimiento de la importancia (los beneficios) y las necesidades de consumir frutas, verduras y lácteos (FVL) en la alimentación habitual de la mujer en la etapa de climaterio. 	<p>La enfermera:</p> <ul style="list-style-type: none"> Saludaba a las mujeres y presentaba en forma resumida las definiciones discutidas en la sesión anterior (10 minutos). Invitaba a las mujeres a responder ¿Qué alimentos necesita consumir diario una mujer en etapa de climaterio para mantener su salud? ¿Qué beneficios para la salud tiene cada uno de estos grupos de alimentos? Si en 10 minutos no había recabado respuestas con las definiciones correctas y errores frecuentes, dejaba de preguntar y mostraba en el pizarrón los 3 principales grupos de alimentos (FVL) y

	<ul style="list-style-type: none"> Definir y ejemplificar tamaño de la porción para cada grupo de alimentos (a qué equivale una porción de fruta, verdura y productos lácteos etc.). Definir la cantidad diaria recomendable de FVL Facilitar identificación de las posibles barreras y fuentes de apoyo para llevar a cabo una dieta enriquecida en FVL. Facilitar que la mujer escoja estrategias/acciones para superar las barreras, utilizando el modelo de resolución de problemas. <p>Método: Lluvia de ideas y exposición oral, discusión grupal guiada.</p>	<p>analizaba grupalmente sus beneficios para la salud (30 minutos).</p> <ul style="list-style-type: none"> Invitaba a las mujeres a responder las preguntas: ¿Qué cantidad diaria de FVL deben consumir las mujeres en etapa de climaterio? Si en 5 minutos no había recabado respuestas con las definiciones correctas y errores frecuentes, dejaba de preguntar, definía qué es una porción y mostraba en el pizarrón a qué equivale una porción de fruta, verdura y productos lácteos y qué cantidad tiene una mujer que consumir diariamente (10 minutos). Pedía a una mujer que presentara voluntariamente el registro de su alimentación del día anterior, posteriormente comparaban grupalmente este registro con el consumo necesario (recomendable). Invitaba a las mujeres a hacer las preguntas que surgieron al momento de escribir la dieta individual y responderlas (entre ellas o en caso necesario con ayuda de la enfermera) (20 minutos) Retroalimentaba sobre la sesión, dejaba la tarea de hacer un registro diario de los alimentos que consumían durante la semana y compararlos con lo ideal (la cantidad recomendada) y ver este registro en su asesoría individual. (10 minutos). Cierre de las asesorías grupales: Pedía a las mujeres compartir sus opiniones sobre asesorías grupales.
--	--	---

Evaluación final.

La evaluación final de cada mujer se realizó después del término de la intervención (a los 3 meses) y 3 meses después (6 meses). Dicha evaluación se llevó a cabo de la misma forma que la evaluación basal, aplicando la entrevista a las mujeres y revisando los expedientes clínicos y la cartilla PREVENIMSS (Anexo1).

Grupo control. En la UMF del grupo control, se identificaron las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio. A las mujeres que aceptaron se les aplicó la entrevista al iniciar el estudio, a los 3 y 6 meses después del mismo y se registraron las consultas médicas y los servicios preventivos otorgados.

5.8.3. Control de la calidad de intervención.

Para garantizar que se cumplieran las actividades programadas, con los contenidos esperados, detectar oportunamente desviaciones y emitir las medidas correctivas, el grupo de investigación, con apoyo de una enfermera supervisora, realizó el seguimiento al proyecto mediante un sistema de control en tres áreas: actividades, recursos y consecución de objetivos.

La investigadora principal realizaba semanalmente la verificación de las actividades de cada etapa del estudio y su cumplimiento de acuerdo al cronograma.

La investigadora principal y la enfermera supervisora realizaron el seguimiento de los recursos humanos enfocándose en el desempeño del personal mediante la observación directa de la forma de realizar las actividades y del llenado de los cuestionarios, así como de sus reportes semanales; como por ejemplo, los reportes de las enfermeras-entrevistadoras, del número de mujeres reclutadas y de las mujeres que rehusaron participar en el estudio; los reportes de las enfermeras y psicóloga acerca de las consultas de primera vez y de seguimiento.

La investigadora principal y la co-investigadora Patricia Espinoza asistieron a las asesorías grupales e individuales. La asistencia de ambas permitió estandarizar la intervención y apoyar la labor de la enfermera, contribuir a la fluidez de las asesorías y aprender a atender a las mujeres, esto es, observarlas, escucharlas y retomar sus experiencias para enriquecer y lograr los objetivos de la intervención.

La asistencia a las asesorías permitió apoyar la labor educativa, la integración del equipo de salud y mantener su calidad en lo referente a la consecución de los objetivos, comunicación con las mujeres, contenidos, formas de exposición y solución de dudas, manejo del tiempo y estímulo para la participación de las mujeres.

La enfermera supervisora junto con investigadora principal, realizaron el control de la disponibilidad semanal de los recursos y materiales necesarios (formatos, cuestionarios y otra papelería).

5.8.4. Definición de variables.

- 1) **La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las mujeres** fue medida con la versión revisada del Cuestionario de Salud de la Mujer (Women Health Questionnaire ((WHQ23)).¹⁵⁰ El WHQ es un cuestionario específico para mujeres en la premenopausia, la menopausia y la postmenopausia; la versión original en inglés, consta de 23 reactivos y está construido por seis dominios: ansiedad/depresión (7 reactivos), bienestar (4 reactivos), síntomas somáticos (5 reactivos), memoria/concentración (3 reactivos), síntomas vasomotores (2 reactivos) y problemas del sueño (2 reactivos). Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta: si, siempre; si, a veces; no, casi nunca; no, nunca. La puntuación máxima por dominio es de 100 (Calidad de Vida muy alta) y la mínima es 0 (Calidad de Vida muy baja). El puntaje por dominio se obtiene de la siguiente manera: $\text{Puntaje transformado} = \frac{(\text{puntuación real cruda} - \text{puntuación mínima})}{(\text{puntuación máxima} - \text{puntuación mínima})}$, la puntuación mínima es igual a 1, puntuación máxima=4 y puntuación real cruda=promedio de los reactivos del dominio. Por ejemplo: Una puntuación cruda en el

dominio de Ansiedad/Depresión =21/7=3. Esta puntuación a su vez se transformaría de la siguiente manera $[(3-1)/(4-1)] \times 100 = 66.7\%$.

El WHQ es de fácil de comprensión y aplicación, el tiempo mínimo estimado de administración es de 4 a 8 minutos. La escala fue anteriormente traducida y aplicada en italiano, portugués, español y japonés, entre otros idiomas. Para los fines de este trabajo se utilizó el WHQ23 para medir la CVRS, porque se consideró que esta escala aborda de manera completa los dominios más representativos de las condiciones de salud de las mujeres en la etapa de climaterio.

La mayoría de los instrumentos propuestos miden únicamente los síntomas climatéricos. Por ejemplo, la Escala Climatérica de Greene o Escala de calificación de síntomas menopáusicos (Menopause Rating Scale) y algunos de estos instrumentos no tienen propiedades psicométricas conocidas, como por ejemplo, el índice de Blatt-Kupperman.¹⁵¹ La escala de la Calidad de vida de Utian (UQOL) carece del dominio de síntomas climatéricos, incluye aspectos laborales; esto último pudiera resultar poco aplicable en el contexto de México, porque aproximadamente el 40% de las mujeres tiene un empleo formal y las preguntas del cuestionario UQOL se enfocan en este aspecto.¹⁵¹ La escala Cervantes¹⁵² incluye el dominio en relación con la pareja lo cual exige la evaluación de mujeres con pareja.

- 2) **El conocimiento de las mujeres acerca de climaterio** fue medido con un cuestionario de conocimientos de las mujeres en etapa de climaterio propuesto y validado por los investigadores del proyecto.
- 3) **La auto-eficacia de las mujeres en relación a climaterio y menopausia y sus cuidados** fue medida con la escala de auto-eficacia de mujeres adoptada de la escala PHS-ES.
- 4) **El empoderamiento de las mujeres en relación al cuidado de su salud** fue medido con la escala de empoderamiento, la cual fue modificada para mujeres climatéricas de la escala corta de empoderamiento de diabetes y validada en la etapa basal del estudio.
- 5) **La utilización de los servicios preventivos de detección de cáncer de mama, cáncer de cérvix, diabetes e hipertensión arterial.** La utilización de los servicios preventivos de detección de: a) cáncer de mama mediante mamografía en los últimos 2 años, b) cáncer de cérvix mediante Papanicolaou en los últimos 3 años, c) diabetes mediante la medición de glucosa plasmática en ayunas en el último año y d) hipertensión arterial: mediante la medición de la presión arterial sistólica y diastólica en el último año. La utilización de los servicios de detección se estimó como la suma del número de detecciones que la mujer utilizó, dividido entre el total recomendado de detecciones de acuerdo con el reglamento institucional y multiplicado por 100.
- 6) **Tiempo dedicado a ejercicio físico-aeróbico semanalmente** (minutos/semana) **y porcentaje de mujeres que hagan ejercicio físico- aeróbico (EFA) en forma regular** (regular - EFA de intensidad moderada durante 150 minutos/semana o EFA de intensidad vigorosa 75 minutos/semana).

- 7) **Cantidad de las raciones de fruta, verdura y lácteos consumidos (raciones/semana) por semana y porcentaje de mujeres que logran llevar una alimentación enriquecida en fruta, verdura y lácteos** (consumo diario de 3-4 raciones de fruta, 4-5 raciones de verdura y 2-3 raciones de lácteos).

Covariables:

- a. **Características generales:** edad, estado civil, escolaridad, ocupación.
- b. **Antecedentes médicos y ginecológicos:** estado nutricional, presencia de enfermedades crónicas; número de embarazos e hijos vivos; menopausia establecida (un año después la última menstruación); tipo de menopausia: natural o quirúrgica; edad de menopausia (edad en la que ocurrió la menopausia), presencia y tipo de síntomas climatéricos, años transcurridos después de la menopausia y número de consultas con el médico familiar durante los últimos 3 meses. La intensidad de los síntomas vasomotores y de atrofia vaginal se clasificó utilizando los criterios propuestos por el Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Tratamiento hormonal (TH) del síndrome climatérico: TH oral y TH vaginal.
- c. **Estilo de vida:** tabaquismo, alcoholismo.
- d. **Relaciones sociales:** Apoyo social (percibido): confidencial y efectivo; Maltrato de la pareja; Cuida a algún familiar (hijos, nietos o familiar enfermo).
- e. **Cumplimiento con la atención dentro del estudio.**

A continuación se resumen covariables del estudio:

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Criterio de evaluación
a) Características generales de la entrevistada			
Edad	Número de años cumplidos al momento de la aplicación la entrevista	Cuantitativa discreta	Años de vida cumplidos
Escolaridad	Grado máximo de estudios hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa discreta	Años de estudios formales que ha logrado concluir
Ocupación	Actividad laboral remunerada que desempeña mujer al momento del estudio	Categórica nominal	1= Tiene trabajo remunerado 0= No tiene trabajo remunerado

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Criterio de evaluación
b) Antecedentes médicos y ginecológicos			
Estado de nutrición	Estado de nutrición medido y agrupado de acuerdo al IMC [IMC = peso (kg)/talla (cm) ²]	Categórica ordinal	1 = peso normal (IMC 18.5-24.9 kg/m ²) 2 = sobrepeso (IMC de 25.0 a 29.9 kg/m ²) 3 = obesidad (IMC ≥ 30.0 kg/m ²)
Enfermedades crónicas	Presencia de enfermedades crónicas al momento del estudio	Categórica nominal	1 = si 0 = no
Número de embarazos	Número de embarazos que la mujer ha tenido durante su vida	Cuantitativa discreta	Número total de embarazos
Número de hijos vivos	Número de hijos al momento del estudio	Cuantitativa discreta	Número total de hijos
Menopausia	Cuando la mujer declaró pasar ≥ 1 año desde la última menstruación	Categórica nominal	0 = si 1 = no
Tipo de menopausia	La causa por la que dejó de menstruar	Categórica nominal	1 = natural; 0 = quirúrgica
Edad de la menopausia	Edad de presentar la menopausia, si es que ésta había ocurrido	Cuantitativa discreta	Años de vida cumplidos al momento de la menopausia
Años transcurridos después de la menopausia	Número de años transcurridos después de la menopausia	Cuantitativa discreta	Años de vida cumplidos después de la menopausia
Síntomas climatéricos	Cuando la mujer declaró presencia de alguno (o más) de los síntomas climatéricos	Categórica nominal	<u>Síntomas vasomotores:</u> 1= Si (bochornos, y/o sudores nocturnos) 0=No <u>Síntomas de atrofia vaginal:</u> 1= Si (sequedad vaginal, dispareunia en mujeres que llevan vida sexual activa) 0=No

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Criterio de evaluación
Intensidad de los Síntomas vasomotores	La intensidad de los síntomas vasomotores se clasificó utilizando los criterios propuestos por el Department of Health and Human Services Food and Drug Administration, los cuales clasifican a los <u>síntomas vasomotores</u> en: leves- sensación de calor sin sudoración; moderados- sensación de calor con sudoración, que no impide las actividades de la vida diaria de la mujer y severos- sensación de calor con sudoración que provoca interrupción de las actividades de la vida diaria de la mujer.	Categórica ordinal	1= Síntomas vasomotores leves 2= Síntomas vasomotores moderados 3= Síntomas vasomotores severos
Intensidad de los síntomas de atrofia vaginal	La intensidad de los <u>síntomas de atrofia vaginal</u> se clasificó utilizando los criterios propuestos por el Department of Health and Human Services Food and Drug Administration: leves- sequedad vaginal y/o dispareunia ausentes o leves; moderados- sequedad vaginal y/o dispareunia moderados; severos- sequedad vaginal y/o dispareunia severos y/o presencia de sangrado vaginal asociado con relaciones sexuales.	Categórica ordinal	<u>Síntomas de atrofia vaginal</u> 1= Ausencia de síntomas de atrofia vaginal 2= Síntomas de atrofia vaginal leves 3= Síntomas de atrofia vaginal moderados 4= Síntomas de atrofia vaginal severos
Frecuencia de los síntomas vasomotores	Número de los síntomas vasomotores reportado por la mujer por día	Categórica nominal	1= < 7/día 0= ≥7/día
Frecuencia de los síntomas de atrofia vaginal	Número de los síntomas de atrofia vaginal reportado por la mujer por día	Categórica nominal	1= < 7/día 0= ≥7/día
Tratamiento hormonal (TH) del síndrome climatérico oral	La mujer toma TH con estrógenos (estrógenos conjugados sin o con clormadinona) o, TH con los andrógenos (tibolona)	Categórica nominal	0= NO 1= SI
TH vaginal	La mujer aplica TH vaginal	Categórica nominal	0= NO 1= SI
Número de consultas con el médico familiar durante los últimos 3 meses	Número total de consultas con el médico familiar durante el último año	Cuantitativa discreta	Número total de consultas con el médico familiar durante el último año

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Criterio de evaluación
c) Estilo de vida			
Tabaquismo activo	Hábito tabáquico al momento del estudio	Categórica nominal	0= nunca ha fumado o fumó pero dejó de fumar 1= fuma actualmente
Ingesta de bebidas alcohólicas	El consumo de bebidas alcohólicas (una bebida alcohólica equivale a una botella de cerveza (360 ml), o una copa de vino (150 ml), o 50 ml de bebidas destiladas)	Categórica nominal	0 = no ingiere bebidas alcohólicas y nunca los ha ingerido 1= ingiere bebidas alcohólicas esporádicamente (una o menos de una bebida a la semana) 2=1-14 bebidas a la semana 3= más de 14 bebidas a la semana
d) Relaciones sociales			
Apoyo social (percibido)	Es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Será medido a través del cuestionario DUKE-UNC-11 (validado en español) ¹⁵³ ; este instrumento evalúa el AS confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el AS afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía).	Cuantitativa discreta	El cuestionario consta de 11 preguntas, que se califican por medio de una escala Likert de 5 puntos. Apoyo confidencial medido a través de la sumatoria de las preguntas 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10; y apoyo afectivo: sumatoria de las preguntas 3, 4, 5 y 11.

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Criterio de evaluación
Maltrato de la pareja	Una mujer víctima de maltrato de pareja fue definida como aquella que sufre maltrato intencional de orden emocional, físico y/o sexual ocasionada por el hombre con quien mantiene un vínculo íntimo: ¹⁵⁴ 1) Sexual – acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir; 2) Física – acto de agresión que causa daño físico (pellizcos, empujones, golpes, patadas, lesiones con objetos o armas, hasta el homicidio); 3) Emocional o psicológica – acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos (insultos, gritos, desvalorizaciones, amenazas).	Categórica nominal	0= NO 1= SI
Cuidado de algún familiar (hijos, nietos o familiar enfermo)	El cuidado de algún familiar se define cuando la mujer reporta dedicar su tiempo al cuidado de (hijos, nietos o familiar enfermo)	Categórica nominal	0= NO 1= SI
e) Cumplimiento con atención dentro del estudio	Para fines de este estudio, el cumplimiento se define cuando la mujer asiste al menos 60% de la atención individual y grupal planteada para el grupo MAIMC ≥ 7 asesorías y para del grupo control al menos una consulta con el médico familiar durante el estudio	Categórica nominal	0= NO 1= SI

5.8.5. Tamaño de muestra.

El tamaño de la muestra para la principal variable de resultado (calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)), se calculó con la fórmula de cambio en la media en dos muestras distribuidas normalmente en estudio longitudinal.¹⁵⁵

Se consideró como clínicamente relevante un aumento promedio mínimo de 10 puntos en uno o más dominios del cuestionario revisado de salud de la mujer (WHQ23)¹⁵⁰ en el grupo de intervención en comparación con las mujeres del grupo control. El cuestionario de salud de la mujer se evalúa por dominio y oscila entre 0 (CVRS muy baja) y 100 (CVRS muy alta). Al mismo tiempo se consideraron los siguientes supuestos: el puntaje

promedio de la CVRS en mujeres en etapa de climaterio reportada previamente en mujeres en otros países¹⁵⁶ (no hay datos de evaluación de CVRS con WHQ en mujeres mexicanas) ($\mu=64.9$ puntos promedio y desviación estándar 23.4 en el dominio de bienestar general), $\alpha= 0.05$ (para hipótesis de una cola); $Z_{1-\alpha}=1.645$ y $\beta= 0.20$; $Z_{1-\beta}=0.84$. $\mu_c= 5.0$ puntos (aumento en uno o más dominios del WHQ después de 6 meses de estudio en el grupo control)

$\mu_t = 15.0$ (aumento en uno o más dominios del WHQ después de 6 meses de intervención en el grupo de intervención)

$\rho =0.7$

$$\sigma_d^2 = \sigma_c^2 + \sigma_t^2 - 2\rho\sigma_c\sigma_t$$

$$n = 2\sigma_d^2 (Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 / (\mu_c - \mu_t)^2 = 68$$

El total de mujeres a incluir considerando 20% de posibles pérdidas en el seguimiento será de 107 mujeres por grupo.

El tamaño de muestra se estimó considerando que la variable de resultado más difícil de obtener es el cambio en el estilo de vida, particularmente la realización de ejercicio en forma regular. Se asumió que únicamente 17% de las mujeres realizan algún tipo de ejercicio físico regularmente (ENCOPREVENIMSS 2004) y que después de participar en el modelo de atención integral, se lograría un incremento al menos 10%. Para este cálculo se utilizó la fórmula para la diferencia de proporciones entre dos poblaciones con un nivel de precisión absoluto.

P_1 (Proporción del evento en el grupo de intervención) = 0.27

P_2 (Proporción del evento en el grupo control) = 0.17

$\alpha=0.05$ $Z_{1-\alpha}=1.645$, $\beta=0.2$ $Z_{1-\beta}=0.84$

$$n_1 = (\sqrt{pq} (1+1/k) z_{1-\alpha} + \sqrt{p_1 q_1 + p_2 q_2/k} z_{1-\beta})^2 / \Delta^2$$

$\Delta = |p_1 - p_2|$; $P = p_1 + k p_2 / 1 + k$; $q = 1 - p$; $k=1$, dado que $n_1=n_2$

$n = 166 + 20\%$ de pérdidas = 207 mujeres por grupo.

5.8.6. Análisis estadístico.

Análisis descriptivo: Para describir las características generales, antecedentes médicos y ginecológicos, estilos de vida y relaciones sociales de las mujeres participantes en el estudio, se utilizó estadística descriptiva como frecuencias simples y porcentajes para las variables categóricas, para las variables continuas se calculó promedio y desviación estándar.

Análisis comparativo (bivariado): Se realizó un análisis comparativo de las características mencionadas en el componente del análisis descriptivo, entre las mujeres

del grupo MAIMC y grupo control, así como entre las mujeres que participaron en el estudio y las que no aceptaron participar y las que abandonaron el estudio. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrada para las variables categóricas y la prueba t de Student para muestras independientes (comparación entre los grupos) para las variables continuas.

El análisis del efecto del modelo de atención integral a los 3 y 6 meses se realizó mediante la comparación antes y después al interior de cada grupo y entre los grupos intervención y control. El análisis abarcó el cambio en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), conocimiento acerca de climaterio y sus cuidados, auto-eficacia, utilización de los servicios de detección de las enfermedades crónico-degenerativas y cumplimiento de dieta y ejercicio.

Análisis de las variables categóricas (las proporciones de las mujeres: que llevaron la dieta, realizaron el ejercicio y utilizaron de los servicios de detección), por medio de la prueba Chi-cuadrada (comparación entre los grupos) y prueba McNemar (comparación al interior del grupo).

En caso de las variables continuas CVRS y auto-eficacia, empoderamiento y conocimiento acerca climaterio y sus cuidados, se aplicó t de Student para muestras pareadas (cambio promedio al interior de cada grupo) y la prueba t de Student para muestras independientes (diferencia del cambio promedio entre los grupos), en caso de las variables que no tuvieron distribución normal se aplicó la prueba U de Mann-Whitney (comparación entre los grupos) y prueba de Wilcoxon (comparación al interior del grupo). En el caso de las mujeres que no tuvieron la evaluación del mes 6, para fines del análisis se consideraron las mediciones de la evaluación previa (mes 3).

Para evaluar el efecto de la atención integral sobre la CVRS y independiente de otras variables, se compararon las diferencias en el cambio promedio en el puntaje de la CVRS en cada dominio del Cuestionario de Salud de la Mujer (Women Health Questionnaire ((WHQ23) entre los grupos intervención y control a través de un modelo de diferencias en diferencias ¹⁵⁷ ajustado por el puntaje basal en el dominio correspondiente en el WHQ23, por el cumplimiento con la atención recibida dentro del estudio (atención integral en el grupo de intervención y consultas habituales en el grupo control) y por covariables clínicamente importantes, como, escolaridad, trabajo remunerado, pareja y/o maltrato, enfermedad crónica, menopausia establecida, estado nutricional al inicio de la intervención, el apoyo social percibido y tabaquismo activo.

En el modelo, las categorías de referencia fueron: escolaridad secundaria o más, grupo de nutrición de peso normal, tener pareja y no tener maltrato, ausencia de la enfermedad crónica, no presentar menopausia establecida y no fumar.

Se utilizó la rutina para un modelo multivariado, donde cada dominio de la CVRS del WHQ23 fue la variable independiente y el grupo (MAIMC vs control) fue la variable independiente y las covariables fueron de ajuste. Para cada dominio, se probó la interacción del cumplimiento con la atención y el grupo asignado. Una vez obtenidos los

modelos finales, se generó el término de error y se comprobaron los supuestos de normalidad, linealidad, homoscedasticidad e independencia.

De la misma manera se analizó el efecto del MAIMC sobre los estilos de vida, se compararon las diferencias en el cambio promedio de tiempo de ejercicio-físico aeróbico (minutos por semana), del consumo de lácteos, de fruta y verdura (raciones por semana) entre los grupos intervenidos y los de control, a través del modelo de diferencias en diferencias, ajustado por el valor basal en la variable correspondiente, por el cumplimiento con atención recibida dentro del estudio y por covariables clínicamente importantes, como, escolaridad, trabajo remunerado, pareja y/o maltrato, enfermedad crónica, menopausia establecida, estado nutricional al inicio de la intervención, el apoyo social percibido y tabaquismo activo.

El análisis fue realizado con el paquete estadístico Stata 10.0 (Stata 10.0, Stata Corp; College Station, TX).

6. Consideraciones éticas.

Esta investigación de acuerdo con el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud"¹⁵⁸, en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción II, se considera como "investigación de riesgo mínimo" ya que se realizaron consultas con médico familiar, asesorías con una enfermera y una psicóloga, para la valoración física, educación para la salud y se aplicaron entrevistas a mujeres; dichas entrevistas abordaron aspectos sensibles de la conducta sexual y hábitos de las participantes. Por lo anterior, las mujeres que asistieron a las clínicas donde se realizó el estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron invitadas a participar y recibieron por parte de las encuestadoras información acerca de los objetivos, métodos, beneficios, riesgos e incomodidades derivadas del estudio, afiliaciones institucionales del investigador, también se informó sobre el derecho de participar o no en la investigación, sin exponerse a represalias y garantizando la confidencialidad de las encuestas.

Las entrevistadoras solicitaron a las mujeres firmar el consentimiento informado voluntario (Anexo 1), después de asegurarse de que habían comprendido la información, lo cual se comprobó preguntando acerca de puntos clave del estudio. Cuando la enfermera o la psicóloga del estudio, detectaban algún problema de salud sin diagnóstico previo, recomendaron a la mujer acudir a consulta con su médico familiar, a quien se le notificó dicho hallazgo.

La realización de esta investigación es congruente con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" adaptada por 52ª Asamblea General, en Edimburgo, Escocia en el año 2000,¹⁵⁹ dado que se consideró el respeto hacia la mujer (Artículo 8), y el derecho a su auto-determinación y para tomar decisiones informadas (Artículos 20 y 22), mediante la implementación del proceso de consentimiento informado, corroborando la comprensión de la información por parte de la mujer para obtener su consentimiento informado y voluntario por escrito. Además se revisó cuidadosamente la bibliografía para formar antecedentes y escribir la parte metodológica del proyecto, tomando en cuenta

que la investigación debe basarse en un consentimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11). También se consideró el artículo 15 de la declaración, dado que la presente investigación fue conducida por investigadores con experiencia en el área de investigación correspondiente y que el proyecto de investigación que se llevó a cabo fue aprobado por el comité de ética del IMSS (artículo 13). El proyecto también es congruente con la Ley General de Salud¹⁶⁰, de los Estados Unidos Mexicanos, título quinto “Investigación para la salud”, capítulo único, Artículo 100, dado que su realización no expuso los participantes a riesgos y daños innecesarios (Artículo 100, Fracción III) y se apegó a los principios científicos y éticos que justifican su realización, con la que se pretende producir nuevo conocimiento sobre la calidad de atención y calidad de vida en las mujeres climatéricas (Artículo 100, Fracción I y II), además de contar con el consentimiento informado por escrito una vez que las mujeres recibieron la información acerca del proyecto (Artículo 100, Fracción IV).

7. Resultados.

7.1. Resultados del objetivo 2.

Diseño y/o adaptación y validación de los instrumentos de medición:

Se analizó la información de las 380 mujeres participantes del proyecto MAIMC previa a la intervención.

Validación de la escala de conocimiento. Al inicio se propusieron 32 preguntas, después de la validación de contenido por el grupo de expertos quedaron 24 preguntas, las cuales se dividieron en dos secciones: 1) conocimiento sobre climaterio (12 preguntas) y 2) conocimiento sobre factores de riesgo durante el climaterio (12 preguntas). Se excluyeron 4 preguntas debido a la falta de especificidad o ambigüedad, se modificó la redacción de algunas preguntas, al eliminar términos técnicos. El cuestionario de 24 preguntas fue aplicado a las mujeres participantes. Posteriormente se realizó el análisis de constructo y de confiabilidad. En la sección de conocimiento sobre factores de riesgo se encontró que había poca variación en las respuestas. Esto último debido a que más del 98% de las mujeres sabía que fumar, tener sobrepeso, comer pocas frutas, verduras y lácteos, así como no vigilar los niveles de presión arterial, de azúcar, no hacerse el estudio de Papanicolaou y el examen de mama constituyen riesgos para la salud; estas preguntas o no entraron en el análisis factorial o tuvieron bajas comunalidades en el análisis y presentaron prácticamente el mismo peso en los dos factores identificados. Por lo anterior, el resultado final del análisis incluyó solo las preguntas de la primera parte de la escala de las cuales entraron los 10 reactivos presentados en la tabla 7. Los dos factores identificados explican 43.4% de la variabilidad de los resultados y el resultado de consistencia fue de 0.725.

Tabla 7. Validez de constructo y consistencia interna y porcentaje de respuestas correctas de la escala de conocimiento sobre climaterio.

	Cargas de los Factores		Porcentaje de respuestas correctas
	1	2	n=380 %
Reactivos			
Climaterio y sus cambios, reactivos que agrupan puntos de alto conocimiento			
El climaterio es una etapa natural/normal en la vida de la mujer (reactivo verdadero)		.653	91.1
La menopausia o fin de la regla (menstruación) es parte del climaterio (reactivo verdadero)		.679	78.9
Los ciclos menstruales (de la regla) cambian durante el climaterio (reactivo verdadero)		.608	78.6
Durante el climaterio son más frecuentes los cambios de ánimo como irritabilidad, nervios, fatiga o depresión (reactivo verdadero)		.721	89.2
Durante el climaterio los huesos se vuelven más fuertes (reactivo falso)		.601	79.2
Climaterio y sus cambios, reactivos que agrupan puntos de bajo conocimiento			
Durante el climaterio los ovarios de la mujer producen exceso de hormonas femeninas (reactivo falso)	.665		27.1
Cuando una mujer presenta bochornos durante el climaterio, siempre se le deben recetar medicamentos (reactivo falso)	.534		24.7
Sólo las mujeres con problemas psicológicos, como ansiedad, neurosis, depresión, sufren de bochornos (reactivo falso)	.654		69.2
Los cambios hormonales del climaterio disminuyen el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, hipertensión, diabetes, obesidad y algunos cánceres (reactivo falso)	.686		37.1
Ante los cambios físicos y psicológicos del climaterio el único remedio es ser tolerante porque no hay manera de controlarlos (reactivo falso)	.570		48.4
Calificación global* , promedio (desviación estándar)			6.2 (2.2)
% de varianza total explicada	43.4		
Consistencia interna (coeficiente alfa de Chronbach)	.725		

*Calificación máxima 10 (1 punto por respuesta correcta)

Con base en los resultados de la escala de conocimiento se encontró que la mayoría de las mujeres consideró lo siguiente:

- el climaterio es una etapa natural en la vida de la mujer (91.1%);
- la menopausia forma parte del climaterio (78.9%);
- los ciclos menstruales cambian durante el climaterio (78.6%);
- durante el climaterio los cambios de ánimo como irritabilidad, nervios, fatiga o depresión son más frecuentes (89.2%) y;
- los huesos se vuelven menos fuertes (79.2%).
-

Los reactivos que se agruparon bajo conocimiento fueron:

- durante el climaterio los ovarios de la mujer disminuyen la producción de las hormonas femeninas (27.1%);
- cuando una mujer presenta bochornos durante el climaterio, no siempre es necesario prescribir medicamentos (24.7%);
- no sólo las mujeres con problemas psicológicos, como ansiedad, neurosis o depresión, sufren de bochornos (69.2%),
- los cambios hormonales debidos al climaterio aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, hipertensión, diabetes, obesidad y algunos cánceres (37.1%);
- hay diferentes maneras de controlar los cambios físicos y psicológicos del climaterio (48.4%).

En relación a la escala de auto-eficacia, la validación del contenido y de equivalencia cultural permitió adaptar la escala PHS-ES a las condiciones culturales de las mujeres afiliadas a la seguridad social. Al revisar la escala, se encontró que contenía 5 reactivos relacionados con el uso de la terapia hormonal de reemplazo (THR). Ya que únicamente entre 10% y 15% de las mujeres climatéricas presentaba síntomas severos y frecuentes que requieren THR,¹⁶¹ la población del estudio no se limitó a quienes tenían estas manifestaciones, por lo que se decidió modificar algunas preguntas de la escala en congruencia con estos reactivos. Adicionalmente, las detecciones en el IMSS se realizan de acuerdo a los reglamentos institucionales, basados en las guías clínicas, por ejemplo se recomienda realizar la mamografía cada dos años y el Papanicolaou cada tres años, en comparación con la escala original que marcaba intervalo de un año, por lo que los reactivos correspondientes fueron ajustados de acuerdo a las recomendaciones institucionales. Durante la prueba piloto se realizaron algunos cambios de construcción de las preguntas debido a dificultades para la comprensión de algunos reactivos. Al mismo tiempo, se identificó que las instrucciones originales de la escala no se enfocaban a preguntar acerca de la capacidad operativa de las personas en el presente, sino que se

referían a sus capacidades potenciales, por lo que a las mujeres estudiadas les resultó sencillo imaginarse altamente eficaces en algún futuro hipotético sin límite de tiempo. Esta circunstancia generó que la mayoría de las respuestas durante la prueba piloto fueran altamente calificadas y reflejando escasa variación. La detección de este problema llevó a los investigadores a especificar que las acciones que se preguntaban a las mujeres debían reflejar su capacidad operativa en el presente, es decir, si ellas estaban seguras de que lo pueden hacer de manera regular empezando desde la semana en que se encontraban al momento de su participación.

La tabla 8 presenta la versión modificada de los reactivos y los resultados de su validación de constructo y de confiabilidad de la Escala de la auto-eficacia. El análisis factorial permitió identificar cuatro factores:

- 1) participación activa en la relación médico-paciente;
- 2) control sobre la salud mental y cambios sexuales;
- 3) control sobre el riesgo de morir de cáncer;
- 4) control sobre otros riesgos personales durante el climaterio.

En total, los 4 factores explican el 53.7% de la variabilidad. El cálculo obtenido de la consistencia interna fue 0.837.

Tabla 8. Validez de constructo y consistencia interna de los elementos de la Escala de la auto-eficacia

Reactivos	Factores				
	1	2	3	4	5
Participación activa en la relación médico-paciente					
Puedo compartir con mi doctor mis preocupaciones acerca de la menopausia	.794				
Puedo participar con mi doctor en las decisiones de qué medicamentos tomar y qué tratamientos seguir	.722				
Puedo confiar a mi doctor mis preocupaciones acerca de mi	.765				
Control sobre la salud mental y cambios sexuales					
Puedo manejar las tensiones diarias de mi vida		.718			
Puedo mantener mi agilidad mental		.545			
Puedo adaptarme a mis cambios sexuales		.666			
Puedo recordar qué medicamentos debo tomar cada día		.635			
Puedo adaptarme a los cambios que están ocurriendo en mi		.674			
Control sobre el riesgo de morir de cáncer					
Cada dos años puedo acudir a una cita para realizarme una mamografía o mastografía			.723		
Cada año puedo hacerme una revisión ginecológica y cada 3 años mi examen de Papanicolaou			.796		
Puedo reducir mi riesgo de morir de cáncer si acudo regularmente a una revisión de salud			.553		
Control sobre otros riesgos personales durante el					
Puedo entender mis riesgos personales de salud					.613
Puedo entender que hay molestias de la menopausia por las cuales debo tomar medicamentos como hormonas o					.572
Puedo reducir el riesgo de tener huesos frágiles (débiles)					.607
Puedo reducir el riesgo de tener un ataque al corazón o un derrame cerebral					.714
Puedo darme tiempo para hacer ejercicio regularmente					.573
Consistencia interna (coeficiente alfa de Chronbach)			.837		

Tabla 9. Auto-eficacia durante el climaterio

Reactivos	Total n=380 promedio (DE)
Puedo compartir con mi doctor mis preocupaciones acerca de la menopausia	5.1 (2.8)
Puedo manejar las tensiones diarias de mi vida	5.8 (2.0)
Puedo darme tiempo para hacer ejercicio regularmente	5.3 (2.8)
Puedo entender mis riesgos personales de salud	5.4 (2.8)
Puedo entender que hay molestias de la menopausia por las cuales debo tomar medicamentos como hormonas o antidepresivos	4.8 (2.9)
Puedo adaptarme a mis cambios sexuales	6.8 (2.1)
Puedo reducir el riesgo de tener huesos frágiles (débiles)	5.5 (2.5)
Puedo participar con mi doctor en las decisiones de qué medicamentos tomar y qué tratamientos seguir	5.6 (2.7)
Cada dos años puedo acudir a una cita para realizarme una mamografía o mastografía	7.4 (2.3)
Puedo mantener mi agilidad mental	6.8 (1.8)
Puedo confiar a mi doctor mis preocupaciones acerca de mi salud	6.5 (2.4)
Cada año puedo hacerme una revisión ginecológica y cada 3 años mi examen de Papanicolaou	7.7 (1.9)
Puedo adaptarme a los cambios que están ocurriendo en mi cuerpo	6.6 (1.9)
Puedo recordar qué medicamentos debo tomar cada día	7.9 (1.7)
Puedo reducir mi riesgo de morir de cáncer si acudo regularmente a una revisión de salud	7.8 (1.7)
Puedo reducir el riesgo de tener un ataque al corazón o un derrame cerebral	4.4 (2.8)
Calificación global*	99.3 (20.0)

* Calificación global mínima 16 y máxima 144

En relación al promedio por reactivo, en la escala de auto-eficacia el reactivo más bajo fue *“poder entender que hay molestias de la menopausia por las cuales la mujer debe tomar medicamentos como hormonas o antidepresivos”* (4.8), y el mayor fue para el reactivo *“cada año puedo hacerme una revisión ginecológica y cada 3 años mi examen de Papanicolaou”* (7.7) (Tabla 9).

Para el caso de la escala de empoderamiento para el auto-cuidado en el climaterio (Tabla 10), el análisis factorial detectó dos factores:

- 1) capacidad de proponer y llevar a cabo un plan de acción para la salud, y
- 2) conocimiento acerca de las fuentes de apoyo durante el climaterio.

Los dos factores identificados explican el 55.7% de la variabilidad de los resultados y el resultado del análisis de consistencia fue 0.837.

La calificación menor en la escala de empoderamiento fue para el reactivo *“En relación a mi salud en el climaterio soy capaz de convertir mis metas en un plan de acción práctico y concreto”* (promedio de 2.6) y la mayor fue para los reactivos *“Conozco cómo sentirme bien durante el climaterio/menopausia”* y *“Me conozco lo suficiente para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi salud durante el climaterio/menopausia”* (promedio de 3.6) en una escala de tipo Likert de 1 a 5. El promedio de la calificación global (con una puntuación mínima 8 y máxima 40) fue de 25.7 con una desviación estándar de 5.3.

Tabla 10. Validez de constructo y consistencia interna de los elementos de la escala de empoderamiento del auto-cuidado durante climaterio y su calificación

Reactivos	Cargas de los Factores		n=380 promedio (DE)
	1	2	
Capacidad de proponer y llevar a cabo un plan de acción para la salud			
En relación a mi salud en el climaterio soy capaz de convertir mis metas en un plan de acción práctico y concreto		.647	2.6 (0.9)
Puedo identificar con qué acciones del cuidado de mi salud en el climaterio/menopausia estoy insatisfecha		.799	3.0 (1.0)
Puedo hacer diferentes cosas para superar los obstáculos y lograr mis metas relacionadas con mi salud en el climaterio/menopausia		.828	3.3 (1.0)
Conocimiento acerca de los fuentes de apoyo durante el climaterio			
Puedo encontrar maneras para sentirme bien durante el climaterio/menopausia	.585		3.6 (0.9)
Conozco maneras para enfrentar el estrés que me causa el climaterio/menopausia	.678		2.9 (0.9)
Conozco en dónde puedo encontrar apoyo para cuidar de mi salud	.550		3.3 (1.0)

durante el climaterio/menopausia			
Conozco lo que me ayuda a permanecer motivada para cuidar de mi salud durante el climaterio/menopausia	.819		3.3 (0.9)
Me conozco lo suficiente para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi salud durante el climaterio/menopausia	.752		3.6 (1.0)
Calificación global*			25.7(5.3)
% de varianza total explicada	55.7		
Consistencia interna (coeficiente alfa de Chronbach)	.837		

*Calificación global mínima 8 y máxima 40

7.2. Resultados del objetivo 3.

Análisis cualitativo desde la perspectiva de las mujeres sobre las inquietudes y necesidades de salud en relación al climaterio, el envejecimiento y el auto-cuidado y el tipo de cambios después de participar en las asesorías grupales del MAIMC.

Las figuras 2 y 3 resumen los temas planteados por las mujeres e identificados en el análisis temático.

1. Los temas centrales del discurso al inicio de la intervención. (Figura 2)

1.1. Falta de información acerca de los cambios de climaterio y auto-cuidado.

Al inicio de las asesorías en respuesta a la pregunta “¿Por qué aceptaron la invitación de participar en el estudio? las mujeres mostraron la incertidumbre e inquietud sobre el climaterio y su salud expresando la falta de conocimiento y la necesidad de información, tanto sobre los síntomas y problemas de salud más frecuentes, como sobre sus cuidados. Se encontraron tres tipos de motivos por las que habían aceptado a participar.

- a) motivos muy generales, como “resolver dudas” y “no sabían nada del tema”,
- b) motivos específicos en los que subyace la reflexión, por ejemplo, “cuánto tiempo dura”, “después qué pasa,” y
- c) motivos directamente relacionados con la preocupación sobre el auto-cuidado: “cómo ayudar a mi cuerpo”, “cómo atenuar”, “cómo prevenir”.

“Me interesó este tema, porque yo no tengo prácticamente ninguna noción de lo que es el climaterio y la menopausia, lo que sé es muy superficial. Entonces, sé que hay muchas cosas que nos pasan a nosotras, muchas veces no sabemos qué hacer, o cómo prevenir o por lo menos como atenuar los síntomas que tenemos.....”

“Me interesa conocer sobre el climaterio y la menopausia, para despejar las dudas. A veces por desconocimiento hacemos cosas que nos perjudican.”

“..hay dudas. Yo quiero saber ¿cuánto tiempo vamos a pasar con esto [se refiere a climaterio y menopausia]? y ¿después de la menopausia que pasa? ... ¿de qué manera voy a ayudar a mi cuerpo?”

“Sí me interesa [conocer sobre el climaterio], porque algunas cosas me están sucediendo, ¿qué serán?, ¿estoy enferma?”

Las mujeres reconocen que tienen cierta información que han escuchado por uno u otro lado y que –por su discurso- percibimos que no les parece información confiable. Están conscientes de que requieren información más completa y de fuentes confiables. Expresan que no quieren ceñirse sólo a lo que han oído, a lo que comúnmente se dice o a las creencias de las personas. Tienen una necesidad sentida, poco estructurada, sobre la obtención de información de expertos.

“..Estamos sujetos a cambios, no nos podemos ir a lo que vivió la comadre, la tía o la vecina, porque cada quien experimenta situaciones a su manera... porque no todas somos iguales... Yo si quisiera aprender qué es el climaterio, porque si sé que estoy sujeta a muchos cambios que voy a vivir y que desconozco.... Estamos sufriendo... por la carencia de información....”

1.2. La tradición: el tema era un tabú.

El problema de la falta de la información nos lleva al contexto cultural sobre la carencia de la transmisión de información acerca de climaterio en especial por parte de las madres.

“Los papás de antes eran más cerrados, más reservados. Yo me acuerdo que mi mamá cuando yo empecé a menstruar, me dijo “de este tema no se habla.”

“..en mi época de estudiante era todavía como un tabú. Ahora ya hay un panorama más amplio....Yo no recuerdo, que jamás se mencionaran los órganos reproductores, [en la familia] lo vimos hasta la secundaria muy poquito y luego ya, en preparatoria....”

Las mujeres comentaron que esta falta de información por parte de las madres fue por desconocimiento pero básicamente por una cultura donde el tema sobre los órganos reproductivos, los cambios fisiológicos de la mujer y la sexualidad era un tabú o censurado. No se acostumbraba que las madres hablaran con sus hijas sobre la llegada

de la menarca, ni de la menopausia. Hay que recordar que en México, hace 30-40 años la educación sexual en las escuelas era inusual o limitada y muchas veces era la única fuente de la información especialmente para las mujeres.

Acercas de este punto, las mujeres identificaron la necesidad de apertura y de transmitir a sus hijas la información relacionada con las diferentes etapas de la vida de la mujer. Las mujeres de este estudio vivieron la etapa de transición entre la censura y ahora la apertura total; sin embargo, expresan el deseo de hablar ellas con sus hijas, pues la libertad cultural actual tampoco asegura que la información que obtienen por múltiples vías sea la correcta o adecuada.

“Eso es lo que quiero [información] y sobre todo con esto poder hablar con mi hija.”

“... a mí tampoco me explicaron nada. Yo pienso que es la mamá la que debe de decirle a la hija....”

1.3. Cambios y transiciones de vida: La complejidad de la experiencia del climaterio.

Ya que esta investigación se orienta hacia el auto-cuidado con un enfoque de empoderamiento, era indispensable conocer las creencias y conocimientos de las mujeres acerca del climaterio y de la menopausia, por ello preguntamos qué sabían sobre estos temas. Una de las primeras situaciones que identificamos fue que -principalmente en las primeras asesorías- muy pocas mujeres mencionaron la palabra del climaterio; sin embargo, la asociaban con la menopausia, pero sin saber la diferencia entre ellos. Dentro de las asesorías, muchas veces las mencionaron pero prácticamente como sinónimos.

“Yo de lo que sé es que es diferente el climaterio que la menopausia, pero no sé en qué se distinguen... ¿Qué es el climaterio? y ¿Qué es la menopausia?”

Las mujeres que mencionaron tener bochornos y sudoraciones asociaban estos con la menopausia. La siguiente frase describe la definición más frecuente que dieron las mujeres sobre la menopausia.

“La menopausia es cuando empieza uno a tener cambios físicos, bochornos, mal carácter, sube uno el peso fácilmente.”

Es posible que el hecho de que no usen el término de “climaterio” sea porque el concepto más utilizado en México es el de “síntomas del climaterio” y por ejemplo, se dice “mujer menopáusica”, pero no se dice “mujer climatérica”. La menopausia representa cierta característica de la persona, mientras que no es común que la población general diga que una mujer tiene “síntomas del climaterio”.

Las mujeres describieron el climaterio como concepto complejo e integral dentro del cual incluyeron muchos cambios paralelos físicos, emocionales, sociales y de la vejez. En términos generales les fue difícil deslindar dos diferentes tipos de hechos: por un lado, aquello que se define como la menopausia y los síntomas del climaterio. Por otro lado, tampoco deslindan las manifestaciones de la menopausia/climaterio, del resto de situaciones emocionales, familiares, sociales, del trabajo que se presentan paralelamente en su vida. Las mujeres saben que hay “cambios dentro de ellas”, y saben que su familia cambia; y lo viven como un período confuso. Las expectativas sociales del rol de la mujer en la etapa reproductiva son claras, pero no lo son cuando empieza a haber cambios físicos hacia la etapa no reproductiva y el ciclo de madurez y envejecimiento. Es una etapa con cambios y lo viven como “pérdidas”.

“...en el climaterio empiezan a haber los bochornos, el cambio de humor, la resequedad de piel, la resequedad vaginal,... el no apetito sexual, y que duele la cabeza todas las noches.”

“Yo todos las noches me levanto porque siento calor y empiezo sudar. Duermo mal y tengo irritabilidad en el día.”

“Yo no puedo hacer las cosas rápido como antes y me siento a disgusto conmigo misma.”

En cuanto a los problemas emocionales es de resaltar que al principio de las asesorías las mujeres atribuían al climaterio cualquier molestia o problema emocional; posteriormente fueron dando explicaciones sobre la asociación entre sintomatología y situaciones familiares por las que transitan en forma paralela al climaterio.

“Los cambios durante el climaterio nos están llevando a ser más nerviosas, tener depresiones e insomnio. Esto me ha dado durísimo.”

“Viene este problema del climaterio, no estamos preparadas para que nuestros hijos crezcan y hagan su vida. Problemas con el marido; ya no sé si acaba el amor o el encanto. Si se van, o si se quedan, nada más que parecemos hermanos. No sabemos manejar todos estos cambios. Se nos junta todo y... perder a los hijos es lo peor. Se casan y se van.”

Además, de los síntomas de climaterio, y de los cambios emocionales y sociales, las mujeres describieron esta etapa como inicio de los problemas de salud asociados con la vejez.

“Climaterio es cuando se desencadenan varias enfermedades.”

“¿Es cierto que cuando se retira la menstruación se envejece uno más rápido?”

Fue frecuente escuchar que los cambios que perciben las mujeres en relación a la vejez están muy relacionados con la auto-percepción de su imagen, su valor como persona y su funcionamiento como mujer, es decir, su asociación con la sexualidad:

“Yo ayer [antes de entrar al estudio] les comentaba a mis hijos y a mi esposo, les decía: hay creo que es mi fin de ser mujer, estoy empezando a ser viejita... “

Algunas mujeres se refirieron a la menopausia con el hecho de “Dejo de ser mujer”. Esta frase fue literalmente referida por varias mujeres. Es una reflexión crucial ya que determina un punto de quiebre en relación a la percepción de su sexualidad. Esto sucede porque la sociedad relaciona “ser mujer” con la reproducción y con el estereotipo de “ser bonita” entre otras acepciones. Si el climaterio conlleva cambios corporales relacionados con el envejecimiento, la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva la equiparan a la transición de la etapa de la sexualidad con la “no sexualidad”. Es decir, la idea tradicional de la asociación entre la sexualidad y la reproducción. Algunas mujeres comentaron que aún cuando tengan deseo sexual se limitan porque ya no se sienten atractivas o se ven como viejitas, ridículas.

“Mi esposo todavía quiere tener relaciones sexuales y que andemos como cuando éramos jóvenes, pero yo ya no quiero porque me siento ridícula”.

Entonces se confunde feminidad, sexualidad y reproducción y es una de las razones por las cuales sienten que con el climaterio dejan de ser mujeres y ya no pueden disfrutar igual de su sexualidad. Al mismo tiempo, si dejan de ser mujeres, pierden un valor social y como parejas, y se asocia con lo que ellas mencionan como “dejo de ser mujer”. Este no es un problema personal, sino que es la cultura a partir de la etapa del climaterio (o a la no reproducción, o a cambios corporales) la que determina la percepción de la imagen y conductas asociadas a la sexualidad. En la cultura actual la mujer y la sexualidad femenina continúan considerándose como un bien de consumo, con una imagen determinada socialmente.

Aunque con menor frecuencia, también otras mujeres comentaron que en esta etapa pueden disfrutar más de las relaciones sexuales.

“Sabe que he pensado yo siempre.., que se me hacía muy atractivo el llegar a una madurez, en donde ya no hay riesgo de llegar a un embarazo, de que cuidarte, y siempre yo me mentalizaba mejor, que cuando llegara a esa etapa con mi esposo,

iba a ser algo así como que bien padre, ya no hay riesgo, ya no hay sustos, ya vuelve uno a poderse integrar como pareja de otra manera, yo siempre creí eso, que sería una situación placentera, ya uno ya se aventó, ya tuvimos hasta nietos, hijos casados lo que sea, pero no por llegar a cierta edad sería limitar nuestra relación.”

La percepción de la sexualidad varía mucho entre las mujeres, cuestión que tiene determinantes individuales, de las tradicionales y nuevas relaciones de pareja y sociales.

1.4. Estigma de la menopausia.

En los comentarios de las mujeres se identificó que es común que vivan la menopausia con un componente de un estigma social, de menosprecio, de descalificación. Usualmente este hecho social a su vez intensifica un efecto negativo en su auto-estima y hace sentir más incómodas sus molestias. Por ello, las mujeres buscan ocultar los síntomas (ej. bochornos), o bien, reprimen sus sentimientos o malestares para que no se noten y no las molesten. Esta etiquetación social se suma a sus síntomas y provoca que el climaterio sea una etapa todavía más difícil de transitar, de aceptar y de ver positivamente como una oportunidad para disfrutar la vida más libres y tranquilas.

Tradición:

“Anteriormente nuestras madres o nuestras abuelas, si estaban enojadas, estaban tristes o deprimidas, les decían ‘estás menopáusica’ y lo aceptaban y pensaban que era una enfermedad.”

Etiquetación social:

“Yo creo que también hay mala información en la familia, hay ocasiones que a cualquier cambio en la mamá le dicen ‘está en la menopausia’.”

Sexualidad:

“Dicen los hombres ‘está menopáusica’, lo que significa, menos atractiva y menos hermosa. “

Reacción social:

“... luego alguien te dice: “es que estás menopáusica”, simplemente porque empezaste a sudar, hígole ya empiezas a llorar o te sientes mal, lo agredes simplemente.”

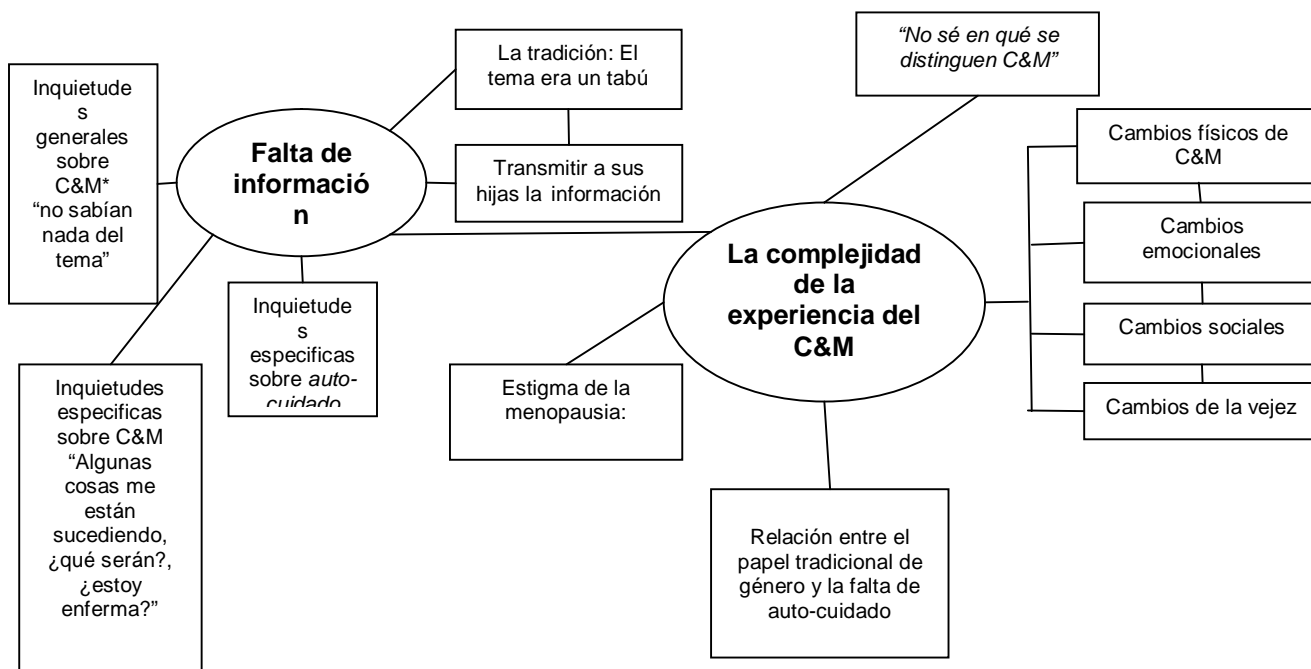
1.5. Relación entre el papel tradicional de género y la falta de auto-cuidado.

Para la mayoría de las mujeres era claro que prácticamente toda su vida, su tiempo y su preocupación la habían dedicado a su familia. Esto no sorprende en sus discursos porque es culturalmente esperado que las mujeres repitan esto en sus contextos cotidianos. Sin embargo, después de la primera asesoría se empezó estableciendo el vínculo que existe entre la dedicación exclusiva a los demás, la desatención personal, incluyendo no tener tiempo para cuidar su propia salud.

“Toda la vida estuve pendiente del esposo, pendiente de los hijos, pendiente, pendiente, pendiente. Nada más me daba tiempo de bañarme.”

“Yo siempre pensaba en ellos [la familia] y en mi me dejaba, y me fijaba en los problemas de todos, y no me fijaba en mi...., y esto ya está afectando a mi salud...”

**Figura 2. El mapa temático
Antes de la intervención**



2. Proceso de cambio del discurso durante la intervención. (Figura 3)

2.1. El climaterio como una etapa natural.

Al principio de las asesorías frecuentemente las mujeres veían al climaterio como una enfermedad y manifestaron más problemas que beneficios. Sus nociones acerca del climaterio provenían de la descripción de su experiencia o de opiniones de otras mujeres. Con la definición de la menopausia y el climaterio y de los cambios biológicos asociados a ellos, las mujeres paulatinamente empezaron redefinir el climaterio como una etapa natural. Posteriormente recapacitaron en que además es una oportunidad para darse tiempo a ellas mismas, salir con sus amistades, disfrutar lo que les gusta, cuidar su salud. Es decir, distinguieron los elementos fisiológicos naturales y a partir de ellos construyeron otra noción de oportunidades en esta etapa de la vida.

“Está muy bien... no es una enfermedad lo que tenemos..., es una cosa natural de nuestro cuerpo, así que tenemos que seguir la vida normal...”

“Yo pensaba que [el climaterio] era algo espantoso, porque lo he visto con mis hermanas, porque hay que estar preparadas para sufrir, pero feo, y ahora veo que es una oportunidad, al contrario para ser feliz.”

“Para mí es una etapa más, otra etapa de mi vida, así como pasé la adolescencia, ahora voy a pasar por esta etapa del climaterio a la vejez, es una preparación. Para mi entrar a esta etapa es también acercarme a la vejez. Y yo hablé con mis hijos [ellos me preguntaron:]: '¿Qué estás haciendo?' -'Voy al curso de climaterio'; Y mi hijo: '¿Qué has aprendido?'; -'Estoy preparándome para ser anciana'; -Dice: 'Ay mamá'; -'Sí. Porque voy a llegar a ser una anciana feliz. Y si no me preparo ¿cómo lo voy hacer?.' ”

2.2. Expectativas para la vejez.

Como una estrategia para hacer notar la importancia del cuidado de su salud durante el climaterio, les preguntamos a las mujeres sobre sus expectativas acerca de la vejez. Esta pregunta provocó reacciones que no fueron fáciles de expresar para las mujeres. Algunas mujeres dijeron que nunca habían pensado sobre eso. Parte del rol de género es primero atender las necesidades de los demás y ese es uno de los obstáculos para que las mujeres no piensen y atiendan sus necesidades presentes, y mucho menos que piensen en su futuro.

“Lo que pasa es que a veces no planea uno a futuro, ni piensa uno a futuro, es decir cómo voy a estar o que quiero para cuando yo tenga 60 ó 70 años....No lo había yo ni pensado como me gustaría verme.....“

A pesar de que algunas de las mujeres identificaron que no se habían puesto a pensar en su futuro, la mayoría manifestaron que deseaban cuestiones positivas: permanecer activas y sanas, disfrutando la vejez y haciendo lo que les gusta:

“Yo quisiera llegar a viejita, bien viejita, pero bien físicamente sobre todo para no depender de nadie, sobre todo no depender ni de los hijos, ni del marido, ni de nada; o sea que, yo me pueda seguir haciendo todo....”

Al hablar sobre la vejez se permitieron verse a sí mismas y pensar en su futuro. También fueron elaborando la idea de que aunque el climaterio no significa la vejez, ya están en la etapa de planear y actuar sobre su propio futuro y no en el de los demás. Conforme avanzaron las asesorías estos deseos fueron relacionándolos con la necesidad de llevar a cabo conductas para cuidar su salud desde el climaterio, a fin de poder disfrutar la vejez acorde a sus expectativas.

2.3. El empoderamiento y el cambio de conciencia para el cuidado de la salud.

2.3.1. Pasar de creencias a conocimientos.

Durante las asesorías grupales las mujeres reconocieron que no solo les faltan de conocimientos acerca de climaterio sino que también, frecuentemente se basan en creencias populares que incluso las perjudican. La confianza y la motivación que las llevó a aceptar integrarse a la intervención y las asesorías las llevaron a comprender que efectivamente no es adecuado quedarse con la información que se obtiene en las calles, sino que es necesario pasar de las creencias a los conocimientos fundamentados.

“Nos quitaron muchos mitos...porque más que todo vamos a los que dicen: 'Que crees, tengo unos bochornos y mareos y me duele esto...y me estoy tomando esta pastilla' y dice uno: ¿será cierto?, ¿será mentira? o dicen: 'Es que ya tengo cáncer y esto es por la menopausia.' ¿ó será cierto? .. Sí, venía yo con muchas dudas... Si no fuera por ustedes, entonces estuviéramos con la duda, que si la fulanita me dice 'tómame esto' y yo me lo tomo... y a lo mejor en lugar de beneficiarme perjudico mi salud....”

Llama la atención que en diversos momentos hicieron comentarios usando términos como “miedo”, “terror”, “yo pensaba que era algo espantoso”, etc. Esto indica que para algunas mujeres el desconocimiento tiene un componente que las llena de temor y las angustia. La información disminuye la incertidumbre, las tranquiliza y mejora su calidad de vida.

“Mucho miedo es lo que yo traía. El terror no estaba allá, estaba aquí. No estaba allá en el medio ambiente, sino que lo traemos cada una, ¡qué horror! Al menos yo me

siento más relajada, ya me siento más tranquila. Porque no vamos a lo que dice la vecina, la comadre y nos lo dicen en una manera fea. Ahora aprendiendo, teniendo información correcta ya uno se está relajando.”

“El tener una información correcta de lo que va a pasar en mí, me tranquilizó mucho, porque no era lo que yo escuchaba afuera, sino es algo lo que yo puedo controlar, que yo tengo el control lo que pueda sucederme, al tener un orden en mi alimentación, al mejorar mi calidad de vida...”

2.3.2. Toma de conciencia de la necesidad de cambio.

A pesar de que la mayoría de las mujeres manifestaron que deseaban llegar a una vejez sana, encontramos que inicialmente había poca reflexión interna sobre las conductas para la salud, y por lo tanto las mujeres frecuentemente no se responsabilizan del cuidado de su salud, esperan que las soluciones vengan de los demás. Durante las asesorías las mujeres reflexionaron sobre este cambiando locus de control externo a uno interno. Es decir, empezaron a reconocer que los cambios ocurren no como resultado del destino, o de los hechos de los otros, sino de sus propias acciones y que ellas tienen que asumir esta responsabilidad.

“...Entonces cometemos el error de echarle la culpa a todo mundo de nuestro malestar, de nuestras decisiones y eso nos provoca, depresión,..... o sea queremos que otra gente nos resuelva los errores que tenemos nosotras, andamos buscando un culpable porque no somos capaces de reconocerlo.”

“Aunque lo hemos escuchado,... no sabemos... o tal vez uno lo sabe, pero no lo piensa, no reacciona en que si no hago ejercicio voy a tener estas consecuencias, y si no como bien, no me alimento bien, me va a pasar esto...”

“... debo ser autosuficiente. No depender de los demás, no dejar a los demás mi salud, en lo que yo soy la responsable, porque después van a haber consecuenciasHay que seguirme cuidando....siempre cuidarme viéndome a futuro....”

“...Es que todo está en nosotras... en que nosotras lo hacemos por amarnos a nosotras mismas, y ... empezamos a reflexionar quiénes somos y querernos y todo va de la mano, ó sea todo empieza por uno mismo y la solución está en uno.”

2.3.3. Pasar de “servir a los demás” a cuidarse ellas mismas.

Vivir para los demás, y no para ellas fue el común denominador que las mujeres manifestaron al inicio de la intervención. Con el avance de las asesorías las mujeres

fueron reconociendo que el “servir a otros” lleva a que se olviden de ellas mismas y descuiden su salud. Cuidar, atender, y servir a los demás es parte fundamental del rol de género y permea tanto la identidad de la mujer como todas las actividades sociales y obstaculiza el desarrollo personal y el auto-cuidado a la salud.

En el transcurso de las asesorías, como parte del proceso de empoderamiento, la mayoría de las mujeres reconoció la importancia de cuidarse *no por los demás*, sino por ellas mismas y algunas empezaron a reconocer la necesidad de cambiar internamente para poder cuidar su salud. Esto implica enfrentar cambios en el rol tradicional de género e iniciar un empoderamiento real.

“Me costó trabajo entender que entre nosotras, entre mujeres, como madres de familia somos el eje, de un núcleo y si nosotras no estamos bien, todo se va para atrás, o sea todo, no hay crecimiento ni emocional, ni físico, ni de salud, ni de nada. Entonces si nos queremos y empezamos obviamente a tomar el empoderamiento personal, primero yo y después yo y al último yo, vamos a salir adelante. Porque si es cierto, en la manera que yo me cuido, cuido a los demás, a medida que yo controlo mi comida, controlo la de los demás, a medida en que yo esté bien emocionalmente estamos bien todos.....”

“Es muy importante que nosotras aceptemos la realidad que estamos viviendo y empecemos a trabajar con nosotras mismas, cuidándonos, haciendo ejercicio, preocupándonos por nosotras mismas, apapachándonos nosotras....”

2.3.4. La salud emocional, la reflexión y la auto-estima como bases del empoderamiento.

No todas las conductas de las mujeres están determinadas por el rol de género. También hay situaciones internas que dependen de ellas mismas. En el transcurso de las asesorías las mujeres fueron identificando la relación entre la auto-estima y el auto-análisis con el auto-cuidado de la salud.

“Lo primero yo creo que es lo emocional, para que podamos partir de eso, sentirnos más fuertes, para poder seguir adelante. Porque si nos sentimos mal emocionalmente, nos pueden dar toda la información que sea, pero no vamos a tener la capacidad para poder hacer algo al respecto.”

“Definitivamente tengo analizar mis pensamientos, porque siempre estoy pensando mal antes de ver. Entonces esto me lleva a que esté de mal humor o enojada y según

yo les echo la culpa a los demás. “Por tu culpa no me bañé a tiempo.” Y la verdad no fue su culpa y me la pasé enojada todo el día.”

“Entonces lo principal es quererse mucho, y saber que valemos.... es meterte en ti y decir: cuáles son mis defectos y cuáles son mis virtudes, y la verdad yo creo que... todos los seres humanos tenemos más virtudes que defectos y siempre pesa más el defecto que la virtud ¿porqué?, porque no la sabemos reconocer.....”

“Reconocerme, que tengo muchas capacidades, es decir yo puedo hacer cosas.... Entonces para mí eso será la autoestima, es que me ocupe de mi salud.”

2.3.5. Las formas de percibir el empoderamiento aplicado al auto-cuidado: “Ahora vamos a ponerlo en práctica...”

Las mujeres empezaron a ver que su actitud es trascendente, y cómo ésta puede influir de manera importante en su vida. En sus expresiones se percibió más seguridad y con la confianza de iniciar y lograr lo que se propusieron. En sus comentarios resaltan diferentes términos de lo que han percibido: aprendizaje para llegar a una vejez digna -> utilidad del auto-examen -> está en sus manos el prevenir -> estamos en el tiempo de cambios -> hacer cambios ahora -> vamos a ponerlo en práctica -> aprendí una palabra que me motivó: el esfuerzo es hacer las cosas cuando no tengo ganas de hacerlas -> es para mi propio bien -> ya vi que si puedo -> mas empoderamiento para decir: si podemos seguir adelante.

“He aprendido cosas, ya sé que puedo hacer para salir adelante, para llegar a una vejez digna.”

“Yo pienso que esto nos sirve como un auto-examen. Porque si no tenemos conocimiento, esto me pasa y así va a ser siempre y no voy a hacer cambios. Y ahora voy a pensar: “¿Por qué me pasó esto?... Por esto.” y voy a tratar de modificarlo y hacer cambios.”

“Ahora vamos a ponerlo en práctica, ya cada quien en uno mismo va a decir: “A no, en esto estoy mal, voy a cambiar esto.”

“Yo aprendí una palabra que me motivó mucho “el esfuerzo”. El esfuerzo es hacer las cosas cuando no tengo ganas de hacerlas, eso es esfuerzo. Sacas fuerza de voluntad y dices que no tengo, pero lo voy hacer, me tengo que esforzar, porque es para mi propio bien.”

“Yo creo así como lo vimos acerca de ejercicio, todo lo que nos evita, en lugar de ser tiempo perdido es tiempo ganado para nuestra salud. ... Desgraciadamente lo

estamos entendiendo a esta edad, porque si hubiéramos tenido tiempo para hacer algo así, cuantas cosas nos pudiéramos haber evitado.”

“Es que la salud es lo más valioso, para mi es lo más valioso, con la salud puedo hacer todo. Traigan a más personal, porque necesitamos todas las mujeres, cuantas mujeres somos, porque necesitamos más conocimientos, más empoderamiento para decir: sí podemos seguir adelante, somos jefes de familia muchas de las mujeres, no lo podemos dejar...”

2.4. Desmedicalización del climaterio.

En general al inicio de las asesorías mujeres asocian el climaterio con cambios fisiológicos y enfermedades y con el incremento en el uso de medicamentos. También frecuentemente usaban las comparaciones con otras mujeres como punto de referencia para convencerse de que no quieren llegar a ser como ellas.

Por ejemplo, las mujeres hacían comentarios como el siguiente:

“¿Cuando llega uno al climaterio, es necesario llegar a tomar medicamentos? O sea yo tengo una hermana que es mucho menor que yo, ¿dime que pastillas no toma?mi mamá toma creo que mil pastillas, porque tiene todo, pero yo veo que mis hermanas llevan la misma escuelita, y eso me da así como un timbre, yo me rehúso a tomar medicamentos, pero este yo digo: “¿a poco tengo que llegar a tomar medicamentos?”

Al final de la intervención varias mujeres identificaron que también ellas tienen que cuidarse, que no todo son medicamentos, que no deben creer todos los comerciales, y que los cambios en la alimentación y el ejercicio si les ayudan.

“Vimos que sí es bien importante [el cuidado de salud], porque uno no toma interés en su salud, como le decía: “Yo lo que aprendí es que no tenemos que dejar todo al doctor...”

“...con todo este conocimiento sabremos identificar qué más podemos hacer, o sea que si hay solución al problema y no medicamentosa...”

“Yo tengo una bolsa así de medicinas, que me mandaron...de todas las medicinas, para el dolor, para gastritis, para colesterol.., cuando empecé a venir yo sí me deprimí, porque Dios mío, este todo el día tomar medicinas y yo dije no lo voy a tomar, de verdad no... Entonces mi hermana me regañaba, “como te vas a aliviar si no tomas la medicina”. Como empecé a ver aquí que realmente el problema era en la

alimentación.... Ya como mucha verdura, entonces ya no me siento mal. Ya bajaron mis estudios [de laboratorio]....”

Las asesorías orientadas hacia el auto-cuidado de la salud a partir del empoderamiento pueden ser una estrategia para desmedicalizar y enriquecer a la mujer durante la etapa del climaterio.

2.5. Fuerza del trabajo grupal.

El trabajo grupal de la intervención les ayudó en el proceso de empoderamiento hacia su auto-cuidado. Fue de fundamental importancia encontrar algunas vías a través de las cuales el trabajo grupal las motivó y enriqueció: les había permitido tener puntos de referencia social, hablar y ser escuchadas. Las mujeres percibieron que escuchar y reflexionar sobre las historias de otras mujeres las lleva también a reflexionar sobre sus propias experiencias y llegar a conclusiones sobre ellas mismas. Los profesionales orientan los conocimientos pero la experiencia grupal entre personas con una situación existencial común, en sí mismo desmedicaliza ya que el conocimiento y la fuerza surge del hecho de compartir dentro del grupo y del interior de cada persona, y no del conocimiento ‘experto’ de personas externas aunque éstas sean profesionales.

“Podemos hablar más abiertamente, muchas veces se siente pena, ser cohibidas.”

“Porque a veces nos identificamos por lo que dice la otra compañera, nos damos cuenta que no somos nada mas nosotras.”

“Yo creo que este [trabajo grupal] se convierte en un espacio para auto-reflexión y auto-conocimiento; porque es curioso cuando nos conocemos a través de los demás. Yo sola no llegaría a saber qué puedo hacer, o por ejemplo, estaba escuchando a las demás ya puedo tener otra perspectiva para hacer otras cosas.”

2.6. El empoderamiento como motivación para transmitir los conocimientos aprendidos.

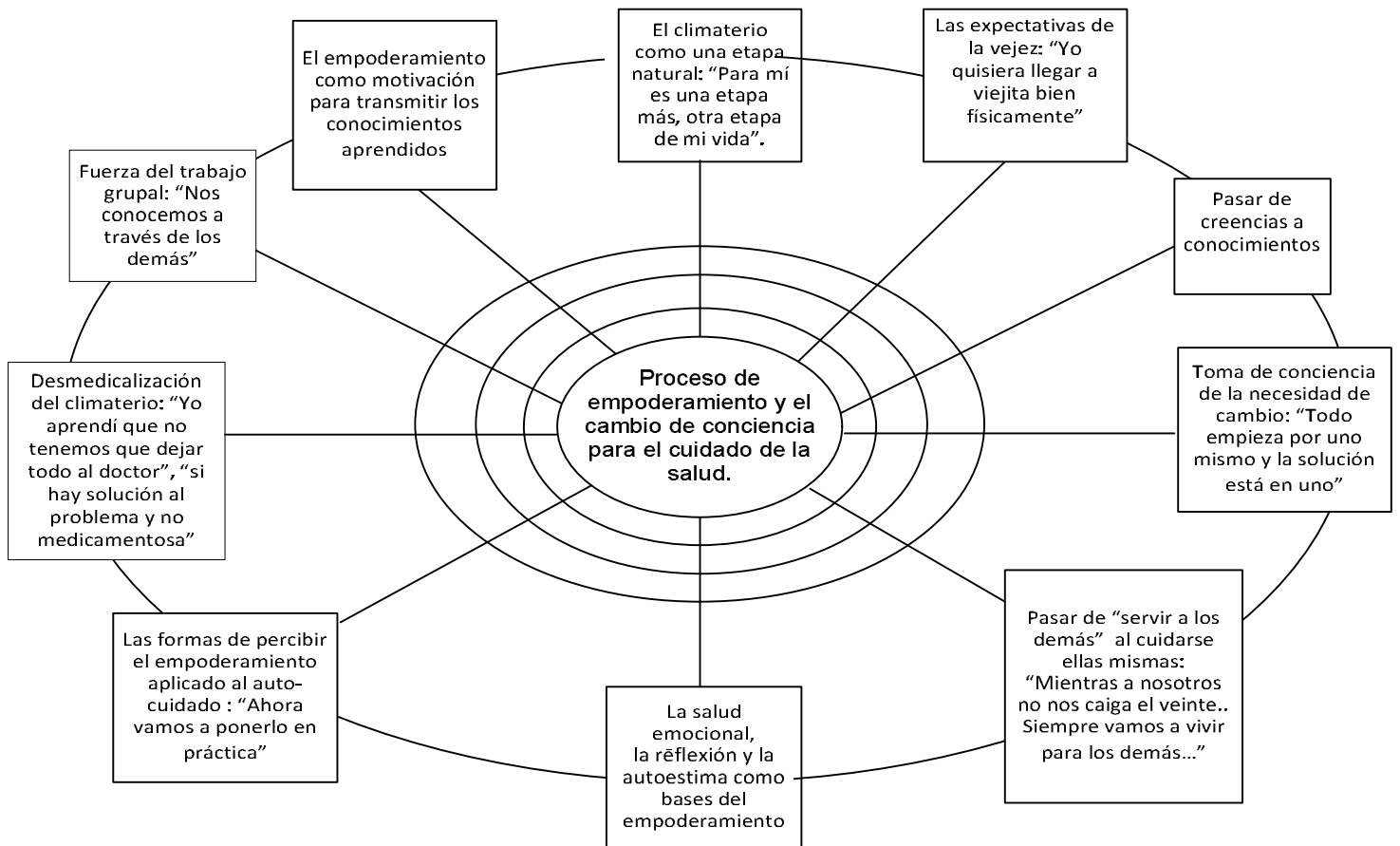
Varias mujeres comentaron que compartieron la información que recabaron durante las asesorías, con personas cercanas externas al grupo como con sus hermanas, amigas, hijas, por lo que parece que el efecto de la intervención va más allá de las mujeres del estudio, lo que no estaba vislumbrado al principio de éste.

“Yo tengo unas hermanas que no tienen el Seguro, ignoran todo lo que yo ya aprendí, y ahora voy enseñarles a ellas y de alguna manera digo: “voy a poner en la práctica todo lo que estoy aprendiendo, porque ya vimos todos los beneficios que vamos a

tener”de hecho tengo una gran amigaentonces de lo poco que le he platicado, le interesó mucho que me dijo: “voy a asistir”. [se refiere a las asesorías]”

“ ...con este empoderamiento que está en mí,... yo ya me lo creí y ya digo no, con esto nadie me para, con este me voy a seguir y donde sea voy a ser una transmisora de sus conocimientos.”

Figura 3. El mapa temático
Proceso de cambio del discurso durante la intervención



7.3. Resultados para el objetivo 4.

Evaluar la efectividad del modelo de atención integral del climaterio.

La figura 4 presenta el flujo de las participantes durante el estudio. De 904 mujeres invitadas a participar en el estudio, un 40.7% del grupo asignado a la atención integral (MAIMC) y 53.2% del grupo control aceptaron. Los principales motivos de no aceptación fueron actividades competitivas:

- dificultades para asistir a las actividades del proyecto debido al horario de trabajo (69.7% y 55.2% respectivamente), y
- la necesidad de cuidar algún familiar (14.1% y 25.2% respectivamente).

En la UMF de MAIMC de las 224 que aceptaron participar, 34 no acudieron a la evaluación basal, ni a las asesorías; por lo que el número total de las mujeres que tuvieron evaluación basal en ambas clínicas fue de 190 por grupo. A la evaluación del mes 3 asistieron 170 mujeres del grupo MAIMC y 166 del grupo control. El principal motivo de abandono fue por trabajo y por cuidar algún familiar. No fue posible localizar a 5 mujeres del grupo MAIMC y 11 del grupo control. A la evaluación del mes 6 asistieron 161 mujeres del grupo MAIMC y 163 del grupo control. En el análisis se incluyeron 336 mujeres (170 del grupo MAIC y 166 del grupo control) que concluyeron al menos 3 meses de seguimiento.

El análisis de las mujeres que no aceptaron participar y las que abandonaron el estudio en comparación con las participantes reveló que, las mujeres de los dos primeros grupos, en mayor porcentaje:

- tenían un trabajo remunerado (no-participantes 72%, abandonos 52% vs, participantes 38% $p < 0.05$),
- realizaban en menor porcentaje ejercicio físico-aeróbico de manera regular (no-participantes 12%, abandonos 18% vs, participantes 26%, $p < 0.05$).

No se observaron diferencias entre los grupos en otras variables (datos no presentados en las tablas).

Características generales, antecedentes médicos, estado nutricional y apoyo social de las mujeres del estudio (Tabla 11).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, trabajo remunerado, tener pareja, presentar enfermedad crónica, menopausia, sobrepeso/obesidad y hábito de fumar entre ambos grupos. La edad promedio de las mujeres fue de 49 años, la mayoría no tenía trabajo remunerado (~38%), tenía pareja (~84%). La tercera parte tenía alguna enfermedad crónica (~33%) y ya había presentado la menopausia (~35%) y 77% tenía sobrepeso o obesidad.

Las mujeres del MAIMC tenían mayor escolaridad (MAIMC 10.6 años vs. control 8.5 años), síntomas de climaterio (MAIMC 73.5% vs control 54.8%), la necesidad de cuidar a

un familiar enfermo (MAIMC 45.3% vs. control 33.1%) y algún tipo de maltrato por parte de su pareja (MAIMC 45.3% vs. control 33.1%) en comparación con el grupo control donde las mujeres percibían mayor apoyo confidencial y afectivo medido con DUKE-UNC-11 ($p < 0.05$). Al momento de entrar al estudio la mayor parte de las mujeres asistieron la UMF, debido a un problema agudo (MAIMC 37.1% vs. control 41.0%, $p > 0.05$) o crónico de salud (MAIMC 25.3% vs. control 24.1%, $p > 0.05$); sólo la quinta parte de las mujeres que fueron invitadas al estudio iban acompañando a algún familiar enfermo a su cita con el médico (MAIMC 20.6% vs. control 21.7%, $p > 0.05$).

Figura 4. El flujo de las participantes durante el estudio.

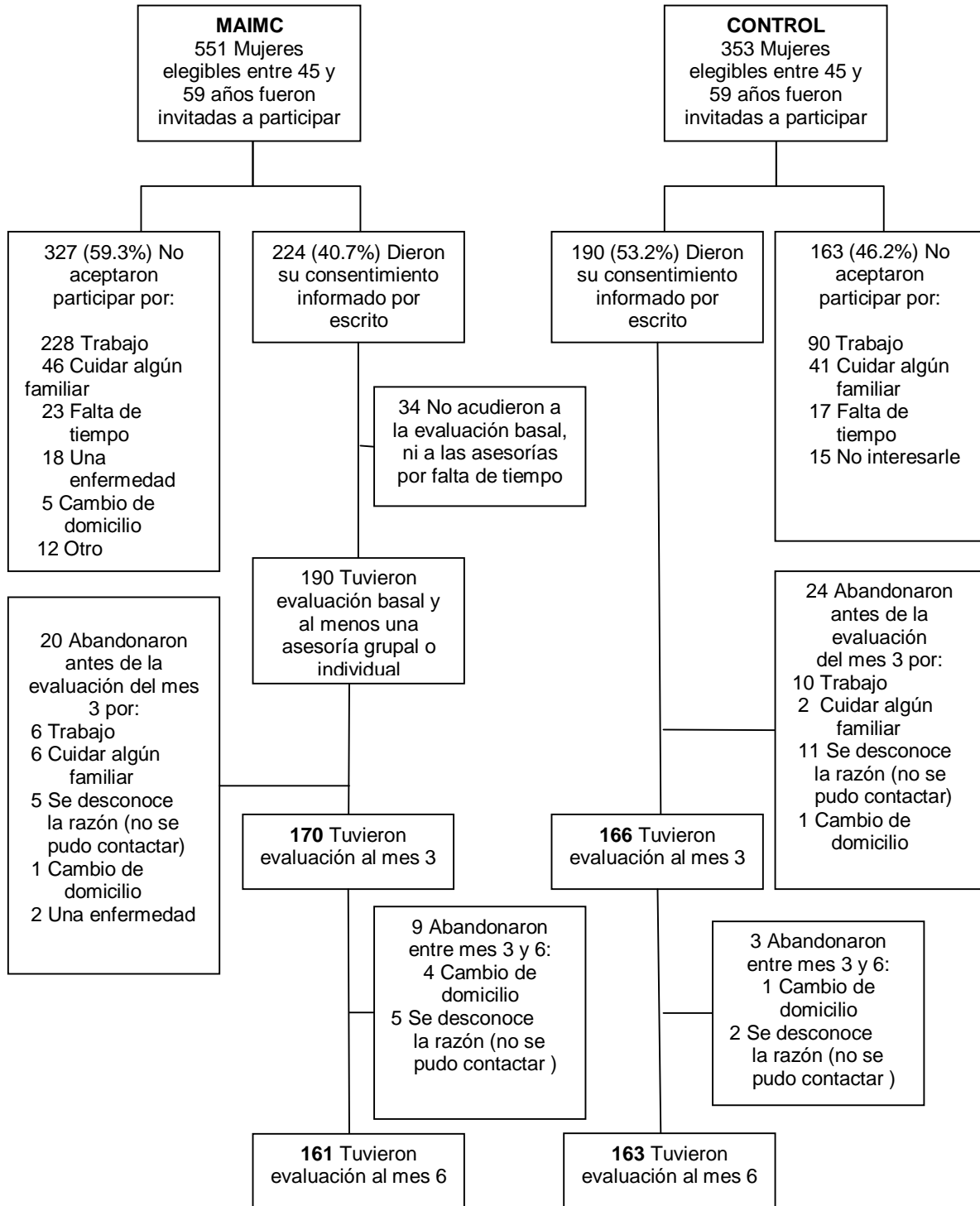


Tabla 11. Características generales, antecedentes médicos, estado nutricional y apoyo social en la medición basal

VARIABLES	MAIMC n= 170 n (%)	Control n= 166 n (%)	Total n= 336 n (%)
I. Características generales de las mujeres			
Edad, años, promedio (DE)	49.6 (3.1)	49.1 (3.1)	49.4 (3.1)
Escolaridad, años, promedio (DE)	10.6 (3.6)	8.5 (3.7)*	9.53 (3.8)
Trabajo remunerado	63 (37.1)	65 (39.2)	128 (38.1)
Tiene pareja	139 (81.8)	142 (85.5)	281 (83.8)
Tabaquismo activo	33 (19.4)	27 (16.3)	60 (17.8)
II. Antecedentes médicos			
Presencia de enfermedades crónicas	62 (36.5)	49 (29.5)	111 (33.0)
Menopausia establecida	65 (38.2)	54 (32.5)	119 (35.4)
Tipo de menopausia	n=65	n=54	n=119
Natural	49 (75.4)	40 (74.0)	89 (74.8)
Quirúrgica	16 (24.6)	14 (26.0)	30 (25.2)
Síntomas de climaterio	125 (73.5)	91 (54.8)*	216 (64.3)
Tipo			
Bochornos/sudoraciones	100 (58.8)	72 (43.4)*	172 (51.2)
Resequedad vaginal	76 (44.7)	48 (28.9)*	124 (36.4)
Tratamiento hormonal del climaterio	2 (1.2)	6 (3.6)	8 (2.4)
Motivo de acudir a la clínica			
Curativo, problema aguda de salud	63 (37.1)	68 (41.0)	131 (38.9)
Curativo, problema crónico de salud	43 (25.3)	40 (24.1)	83 (24.7)
Acompañante	35 (20.6)	36 (21.7)	71 (21.1)
Profiláctico (chequeo general, PREVENIMSS, etc)	23 (13.5)	18 (10.8)	41 (12.2)
Otros	6 (3.5)	4 (4.4)	10 (2.9)
III. Estado de nutrición			
Peso normal	39 (22.9)	38 (22.9)	77 (22.9)
Sobrepeso/obesidad	131 (77.1)	128 (77.1)	259 (77.1)
IV. Relaciones sociales			
Apoyo confidencial+, promedio (DE)	24.6 (6.1)	26.5 (5.7)*	25.5 (5.9)
Apoyo afectivo++, promedio (DE)	15.4 (3.5)	17.2 (3.2)*	16.3 (3.5)
Cuidado de algún familiar (hijos, nietos o familiar enfermo)	77 (45.3)	55 (33.1)*	132 (39.3)
Maltrato por parte de pareja	n=139 49 (35.2)	n=142* 22 (15.5)	n=281 71 (25.3)

*p<0.05 entre los grupos (MAIC y control); +Apoyo confidencial percibido medido en una escala de 7 (AC bajo) a 35 (AC alto); ++Apoyo afectivo percibido medido en una escala de 4 (AF bajo) a 20 (AF alto).

Efecto del modelo sobre los estilos de vida (Tabla 12 y 13).

En relación a los estilos de vida al inicio del estudio, en ambos grupos hubo un bajo porcentaje de mujeres que realizaba ejercicio físico-aeróbico de manera regular (MAIMC 28.4% vs. control 22.9%, $p < 0.05$). En promedio las mujeres dedicaban ~80 minutos al ejercicio-físico por semana, consumían de manera regular productos lácteos (MAIMC 54.7% vs. control 45.8%, $p < 0.05$), frutas (MAIMC 27.1% vs. control 12.0%, $p < 0.05$) y verduras (MAIMC 2.9% vs. control 1.2%, $p > 0.05$). Solo 1% de las mujeres en ambos grupos consumía de manera regular y conjunta la fruta, verdura y lácteos, tal como está recomendado para las mujeres en esta etapa.

Al mes 3, el grupo de intervención presentó cambios significativos en todas las variables de resultado en comparación con el grupo control. Una mayor proporción de mujeres del grupo MAIMC comenzó a practicar ejercicio físico-aeróbico de manera regular (MAIMC 35.9% vs control 0%), a consumir de manera regular de lácteos (MAIMC 35.3%, vs. control 8.4%), frutas (MAIMC 36.5% vs. control 3.0%) y verduras (MAIMC 35.9%, vs. control -0.6%). No todas las mujeres reportaron consumir las raciones recomendadas de lácteos, frutas y verduras, aunque en el grupo MAIMC la mayoría de las mujeres aumentó el consumo de estos alimentos. Al comparar el cambio promedio del tiempo de actividad física y del consumo regular de alimentos en el grupo MAIMC versus control, a los 3 meses, la diferencia fue de 104 minutos/semana, 6.2 raciones de lácteos/semana, 7.9 de fruta/semana y 11 raciones de verdura/semana a favor del grupo de intervención y a los 6 meses la diferencia fue de 120 minutos/semana, 5.7 raciones de lácteos/semana, 8.7 de fruta/semana y 12.4 raciones de verdura/semana a favor del grupo de intervención.

La tabla 13 presenta los resultados del análisis multivariado, reflejando que el efecto del modelo se mantuvo tanto para el cambio promedio de tiempo de ejercicio-físico aeróbico, como por el consumo de lácteos, de fruta y verdura, después de ajustar por la medición basal de la variable correspondiente, por el cumplimiento con atención recibida dentro del estudio, la escolaridad, trabajo remunerado, pareja y/o maltrato, enfermedad crónica, menopausia establecida, estado nutricional al inicio de la intervención, el apoyo social percibido (confidencial y afectivo) y tabaquismo activo. La diferencia de cambio promedio entre el MAIC y el grupo control, ajustada por estas variables para la actividad física fue de 117 min/semana a los 3 meses y 131 min/semana a los 6 meses; para el consumo de lácteos fue de 8.2 raciones por semana a los 3 y 6 meses; para el consumo de fruta fue de 9.5 raciones por semana a los 3 meses y 10.9 a los 6 meses y para el consumo de verdura fue de 11.7 raciones por semana a los 3 meses y 13.5 a los 6 meses.

El porcentaje de explicación de la variabilidad de los estilos de vida por el MAIMC, fue del 35% (para el ejercicio-físico) al 49% (para el consumo de fruta) (datos no presentados en la tabla).

Efecto del modelo sobre el conocimiento, auto-eficacia y empoderamiento acerca de climaterio y su auto-cuidado (Tabla 14).

En la etapa basal el conocimiento promedio acerca de climaterio fue de 6 puntos en una escala de 1 a 10. Aunque desde el inicio, las mujeres del MAIMC tuvieron mayor auto-eficacia (MAIMC 101.4 vs. control 95.3, $p < 0.05$, en una escala de 16 a 144 puntos) y empoderamiento percibido para el auto-cuidado de su salud (MAIMC 27.7 vs. control 22.9, $p < 0.05$, en una escala de 8 a 40 puntos).

A los 3 meses el conocimiento acerca del climaterio se incrementó en el grupo de intervención (MAIMC 3.4 puntos) y se mantuvo sin cambio en el grupo control (0.2 puntos) en una escala de 0 a 10. En caso de la auto-eficacia y empoderamiento mientras en el grupo MAIMC se observó un aumento en la puntuación de las escalas correspondientes, en contraste en el grupo control que presentó disminución percibida de auto-eficacia y empoderamiento (auto-eficacia: MAIMC diferencia de 26.3 puntos vs. control -5.6 puntos en una escala de 14 a 144; empoderamiento: MAIMC diferencia de 7.3 puntos vs. control -51.4 puntos en una escala de 8 a 20). En todas las variables el efecto se mantuvo hasta el mes 6.

Efecto del modelo sobre la utilización de los servicios de detección (Tabla 15).

Al inicio del estudio, en ambos grupos, la utilización de los servicios de detección oportuna de enfermedades crónicas fue alta, principalmente para servicios de detección de cáncer cervical mediante Papanicolaou (~87%), seguidamente de la detección de hipertensión arterial (~85%). Aunque hubo mayor proporción de mujeres del grupo control que tuvieron detecciones de diabetes (MAIMC 75.9% vs. control 84.3%, $p > 0.05$) y dislipidemia (MAIMC 70.6% vs. control 79.5%, $p > 0.05$), no obstante estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

A los 3 meses se observó el incremento de la proporción de quienes cumplieron con las detecciones recomendadas alcanzando casi 90% en ambos grupos. La detección menos utilizada fue de cáncer de mama donde la utilización alcanzó solo el 78.8% en el grupo MAIMC y 75.9% en el grupo control. En el grupo MAIMC estadísticamente fue mayor el incremento en la utilización de los servicios de detección de diabetes y dislipidemia. El resultado se aumentó ligeramente a los 6 meses.

Tabla 12. Efecto del modelo de atención integral sobre los estilos de vida

	Basal		3 meses		Diferencia entre el mes 3 y la basal	
	MAIMC n =170	Control n= 166	MAIMC n =170	Control n= 166	MAIMC n =170	Control n= 166
Ejercicio físico						
Tiempo semanal, (minutos), promedio (DE)	88.3 (147.9) ^d	78.9 (140.3)	195.7 (170.1) ^{c,d}	81.8 (138.3) ^c	107.3 (158.4) ^c	2.8 (132.4) ^c
Ejercicio regular, (%)	48 (28.4) ^p	38 (22.9)	109 (64.1) ^{a,b}	38 (22.9) ^a	61(35.9) ^c	0 (0.0) ^c
Alimentación						
Raciones por semana, promedio (DE)						
Lácteos	14.5 (9.2) ^{c,d}	11.2 (7.2) ^c	21.5 (8.0) ^{c,d}	12.0 (7.2) ^c	7.0 (10.5) ^c	0.7 (6.5) ^c
Frutas	12.8 (10.4) ^{c,d}	9.9 (7.7) ^c	20.8 (9.7) ^{c,d}	10.0 (6.6) ^c	8.0 (9.7) ^c	0.3 (6.4) ^c
Verduras	8.9 (6.8) ^{c,d}	6.1 (5.3) ^c	20.2 (11.9) ^{c,d}	6.4 (5.0) ^c	11.3 (11.3) ^c	0.3 (5.1) ^c
Consumo regular, (%)						
Consumo regular de lácteos	93 (54.7) ^d	76(45.8)	153 (90.0) ^{c,d}	90 (54.2) ^c	60 (35.3) ^c	14 (8.4) ^c
Consumo regular de frutas	46 (27.1) ^{c,d}	20 (12.0) ^c	108 (63.5) ^{c,d}	25 (15.1) ^c	62 (36.5) ^c	5 (3.0) ^c
Consumo regular de verduras	5 (2.9) ^d	2 (1.2)	66 (38.8) ^{c,d}	1 (0.6) ^c	61(35.9) ^c	- 1.0 (0.6)
Dieta saludable***	2 (1.2) ^d	2 (1.2)	56 (32.9) ^{c,d}	1 (0.6) ^c	54 (31.7) ^c	- 1.0 (0.6)
			6 meses		Diferencia entre el mes 6 y la basal	
Ejercicio físico						
Tiempo semanal, (minutos), promedio (DE)			200.7 (173.6) ^{c,d}	70.8 (127.3) ^c	112.3 (161.8) ^c	-8.2 (121.9) ^c
Ejercicio regular, (%)			110 (64.7) ^{c,b}	37 (22.3) ^c	62 (36.4) ^c	-1 (0.6) ^c
Alimentación						
Raciones por semana, promedio (DE)						
Lácteos			22.0 (8.4) ^{c,d}	12.9 (7.2) ^c	7.4 (11.0) ^c	1.7 (7.1) ^c
Frutas			22.0 (10.7) ^{c,d}	10.5 (7.1) ^c	9.3 (11.8) ^c	0.6 (7.5) ^c
Verduras			22.1 (11.7) ^{c,d}	6.9 (5.3) ^c	13.2 (11.1) ^c	0.8 (5.1) ^c
Consumo regular, (%)						
Consumo regular de lácteos			152 (89.4) ^{c,d}	98 (59.0) ^c	59 (34.7) ^c	22 (13.2) ^c
Consumo regular de frutas			114 (67.1) ^{c,d}	30 (18.1) ^c	68 (40.0) ^c	10 (6.0) ^c
Consumo regular de verduras			80 (47.1) ^{c,d}	1 (0.6) ^c	75 (44.1) ^c	- 1.0 (0.7)
Dieta saludable***			76 (44.7) ^{c,d}	0 (0.0) ^c	74 (43.5) ^c	- 2.0 (1.5)

Comparación entre grupos, ^a valor p <0.05, ^c valor p < 0.001; Comparación intra grupo (basal vs 3 meses), ^b valor p <0.05, ^d valor p <0.001; **Ejercicio físico-aeróbico (EFA) en forma regular - EFA de intensidad moderada durante 150 minutos/semana o EFA de intensidad vigorosa 75 minutos/semana; ***Consumo regular de fruta (3-4raciones/día), verdura (4-5 raciones/día) y lácteos (2-3 raciones/día).

Tabla 13. Efecto del modelo de atención integral para las mujeres en etapa de climaterio sobre estilos de vida

	Ejercicio-físico (min/semana)		Consumo de lácteos (raciones/semana)		Consumo de fruta (raciones/semana)		Consumo de verdura (raciones/semana)	
	3 meses	6 meses	3 meses	6 meses	3 meses	6 meses	3 meses	6 meses
Cambio promedio¹								
MAIMC	107.3	112.3	7.0	7.4	8.0	9.3	11.3	13.2
Control	2.8	-8.2	0.7	1.7	0.3	0.6	0.3	0.8
Diferencia en cambio promedio								
β crudo ²	104.5	120.52	6.3	5.7	7.9	8.7	11.0	12.4
IC 95%	73.1-135.9	89.1-151.9	4.4-8.1	3.8-7.7	6.2-9.7	6.5-10.8	9.1-12.9	10.5-14.2
β ajustado ^{2,3}	117.38	131.6	8.2	8.3	9.5	10.9	11.7	13.5
IC 95%	86.7-148.1	100.8-162.4	96.5-9.8	6.5-10.1	7.9-11.1	9.1-12.8	9.7-13.7	11.5- 15.5

¹ Prueba T pareada, Grupo asignados: MAIMC p < 0.0001 y Control p > 0.05

² Prob F < 0.0001, Modelos de regresión lineal muestran la diferencia promedio entre el grupo MAIMC y control (referencia) de la diferencia al interior de cada grupo (cambio antes y después), n=336; ³ Prob F < 0.0001 muestra el efecto de la intervención, en los modelos ajustados por el puntaje basal de ejercicio (o consumo en los modelos del consumo), por el cumplimiento con atención recibida dentro del estudio, y interacción entre el grupo asignado y el cumplimiento y por las covariables (escolaridad, trabajo remunerado, pareja y/o maltrato, presencia de enfermedad crónica, fumador activo, menopausia establecida, estado de nutrición, el apoyo social percibido confidencial y afectivo).

Tabla 14. Efecto del modelo de atención integral sobre conocimiento, auto-eficacia y empoderamiento de las mujeres sobre su auto-cuidado.

	Basal		3 meses		Diferencia entre el mes 3 y la basal	
	MAIMC n =170	Control n= 166	MAIMC n =170	Control n= 166	MAIMC n =170	Control n= 166
Conocimiento acerca de climaterio, promedio (DE)	6.2 (2.4)	6.3 (2.1)	9.6 (0.7) ^c	6.5 (1.9) ^c	3.4 (2.3) ^c	0.2 (1.9) ^c
Auto-eficacia , promedio (DE)	101.4 (21.1) ^{c,d}	95.3 (16.6) ^{c,d}	127.7(15.1) ^{c,d}	89.6 (16.6) ^{c,d}	26.3 (18.8) ^c	-5.6 (10.1) ^c
Empoderamiento , promedio (DE)	27.7 (4.4) ^{c,d}	22.9 (4.8) ^c	35.0 (4.4) ^{c,d}	21.5 (4.2) ^c	7.3 (5.1) ^c	-1.4 (3.3) ^c
			6 meses		Diferencia entre el mes 6 y la basal	
Conocimiento acerca de climaterio, promedio (DE)			9.8 (0.9) ^c	6.9 (1.7) ^c	3.6 (2.5) ^c	0.6 (1.8) ^c
Auto-eficacia , promedio (DE)			130.0(14.4) ^{c,d}	88.1 (14.6) ^{c,d}	28.6 (20.0) ^c	-7.2 (13.4) ^c
Empoderamiento , promedio (DE)			35.1 (4.3) ^{c,d}	21.7 (4.1) ^c	7.4 (5.3) ^c	-1.2 (4.3) ^c

Comparación entre grupos, ^a valor p <0.05, ^c valor p < 0.001; Comparación intra grupo (basal vs 3 meses), ^b valor p <0.05, ^d valor p <0.001; *Conocimiento acerca de climaterio, medida en una escala de 0 a 10, donde puntuación máxima es de 10 (Conocimiento alto) y la mínima es 0 (Conocimiento muy bajo); **Auto-eficacia percibida, medida en una escala de 16 (auto-eficacia muy baja) a 144 (auto-eficacia muy alta); ***Empoderamiento percibido medida en una escala de 8 (empoderamiento bajo) a 40 (empoderamiento alto).

Tabla 15. Efecto del modelo de atención integral sobre la utilización de los servicios de detección oportuna de las enfermedades crónicas.

Utilización de los servicios de:	Basal		3 meses		Diferencia entre el mes 3 y la basal	
	MAIMC n =170	Control n= 166	MAIMC n =170	Control n= 166	MAIMC n =170	Control n= 166
Cáncer de mama, (%)	116 (68.2)	115 (69.3)	134 (78.8)	126 (75.9)	18 (10.6)	11 (6.6)
Diabetes, (%)	129 (75.9)	140 (84.3) ^a	160 (94.1)	151 (91.0)	31(18.2) ^a	11 (6.6) ^a
Dislipidemia, (%)	120 (70.6)	132 (79.5) ^a	154 (90.6) ^a	136 (81.9) ^a	34 (20.0) ^a	4 (2.4) ^a
Hipertensión arterial, (%)	141 (82.9)	145 (87.3)	164 (96.5)	160 (96.4)	23 (13.5)	15 (9.0)
Cáncer de cérvix, (%)	n=154 135 (87.7)	n=152 130 (85.5)	n=154 147 (95.5) ^c	n=152 132 (86.8) ^c	n=154 12 (7.0)	n=152 2(1.2)
El cumplimiento con las detecciones recomendadas, promedio (DE)	76.8 (30.6)	80.9 (27.6)	90.8 (18.8) ^a	86.2 (23.8) ^a	14.0 (26.2) ^c	5.2(20.8) ^c
			6 meses		Diferencia entre el mes 6 y la basal	
Cáncer de mama, (%)			138 (81.2)	137 (82.5)	22 (12.9)	16 (9.6)
Diabetes, (%)			162 (95.3)	154 (92.8)	33(19.4) ^a	14 (8.4) ^a
Dislipidemia, (%)			158 (92.9) ^a	138 (83.1) ^a	38 (22.3) ^a	6 (3.6) ^a
Hipertensión arterial, (%)			166 (97.6)	158 (95.2)	25 (14.7)	13 (7.8)
Cáncer de cérvix, (%)			n=154 149 (96.7) ^c	n=152 134 (88.2) ^c	n=154 14 (9.0)	n=152 4(2.6)
El cumplimiento con las detecciones recomendadas, promedio (DE)			92.7 (16.8) ^a	88.4 (20.6) ^a	15.8 (29.4) ^c	7.4 (23.6) ^c

Comparación entre grupos, ^a valor p <0.05, ^c valor p < 0.001; Comparación intra grupo (basal vs 3 meses), ^b valor p <0.05, ^d valor p <0.001.

Calidad de vida relacionada con la salud (Tabla 16). En ambos grupos el promedio del puntaje de CVRS fue mayor para el dominio de bienestar (MAIMC 77.50 vs. control 83.28, $p < 0.05$) y el menor para el dominio de los síntomas menstruales (MAIMC 37.46 vs. control 45.63, $p < 0.05$). El grupo control reportó mayor puntaje promedio en los dominios de ansiedad/depresión, bienestar, memoria/concentración, síntomas vasomotores y problemas del sueño.

Tabla 16: Calidad de vida relacionada con la salud datos de evaluación basal.

Dominios	MAIMC n= 170	Control n= 166	Total N=336
	promedio (DE)	promedio (DE)	promedio (DE)
Ansiedad/depresión	65.71 (21.3)	71.19 (21.9)*	68.42 (21.7)
Bienestar	77.50 (15.3)	83.28 (18.4)*	80.35 (17.1)
Síntomas somáticos	54.43 (20.2)	58.91(22.6)	56.64 (21.5)
Memoria/concentración	50.45 (23.9)	62.25 (26.5)*	56.28 (25.9)
Síntomas vasomotores	57.74 (36.3)	67.97 (36.7)*	62.79 (36.8)
Problemas del sueño	52.94 (30.6)	63.75 (32.4)*	58.28 (31.9)
Conducta sexual	n=127 55.90 (25.9)	n=116 67.72 (27.4)*	n=243 61.54 (27.3)
Síntomas menstruales	n=97 37.46 (27.0)	n=101 45.63 (27.0)*	n=243 41.62 (27.3)

* $p < 0.05$ entre los grupos (MAIC y control).

Gráficos. Efecto del modelo de atención integral para las mujeres en etapa de climaterio sobre los dominios de calidad de vida a los 3 y 6 meses de seguimiento (efecto crudo).

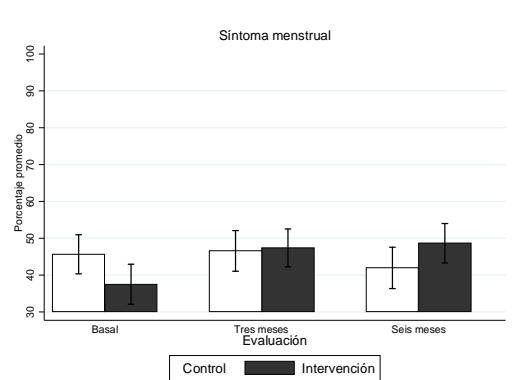
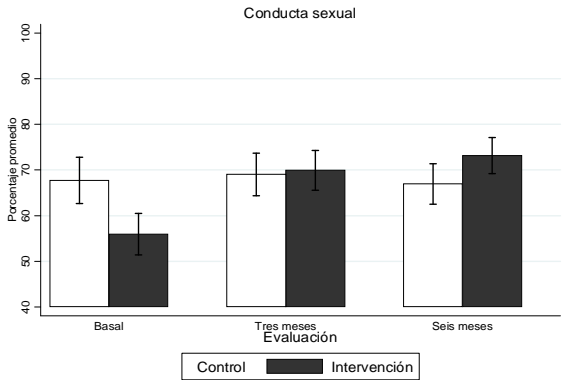
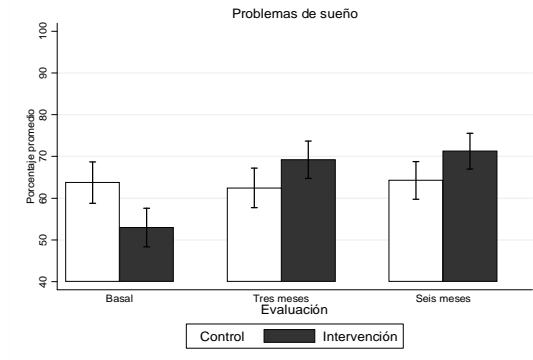
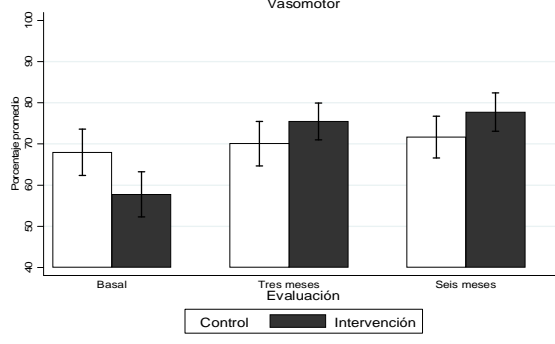
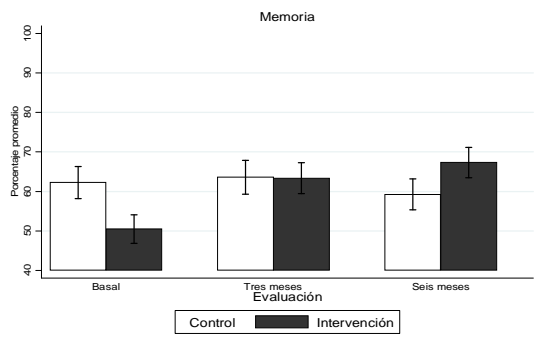
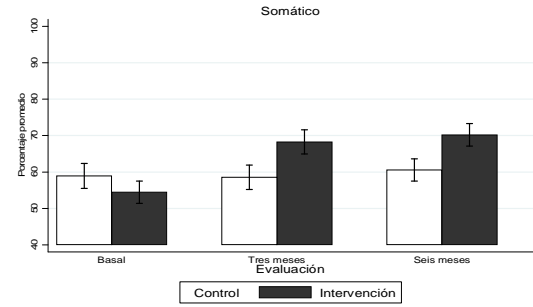
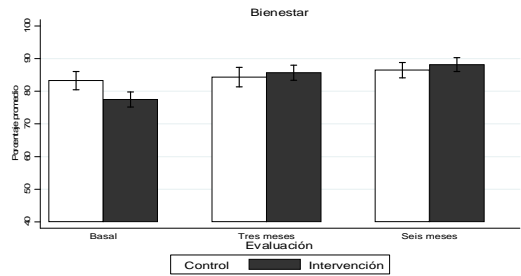
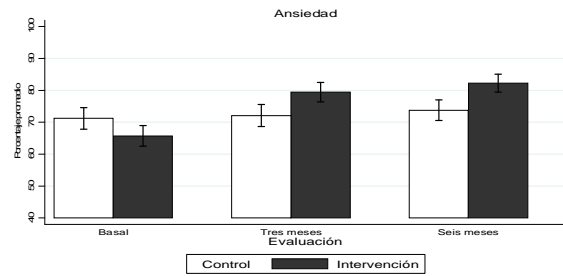


Tabla 17. Efecto del modelo de atención integral para las mujeres en etapa de climaterio sobre los dominios de calidad de vida.

	Ansiedad	Bienestar	Síntomas Somáticos	Memoria/ Concentración	Síntomas Vasomotores	Problemas de Sueño	Conducta Sexual	Síntomas Menstruales ^b
3 meses de seguimiento	n=336	n=336	n=336	n=336	n=336	n=336	n=232	n=194
Cambio promedio en la CVRS¹								
MAIMC	13.72	8.18	13.84	12.87	17.74	16.27	12.46	10.48
Control	-0.88	1.10	-0.40	1.33	2.10	-1.30	-1.18	-0.09
Diferencia en cambio promedio								
β crudo ²	12.8	7.08	14.24	11.53	15.63	17.57	13.65	10.57
IC 95%	8.90-16.77	3.04-11.11	10.05-18.43	6.46-16.60	8.69-22.67	11.26-23.89	7.37-19.92	3.87-17.27
β ajustado ^{2,3}	13.58^a	4.90	13.32	6.97	10.60	12.74	8.64	5.33
IC 95%	5.47-21.69	1.24-8.56	9.22-17.43	1.84-12.09	4.16-17.05	6.72-18.76	2.81-14.48	-1.47- 12.15
6 meses de seguimiento	n=336	n=336	n=336	n=336	n=336	n=336	n=221	n=174
Cambio promedio en la CVRS¹								
MAIMC	16.55	10.68	15.76	16.86	20.00	18.33	16.18	11.76
Control	2.58	3.21	1.65	-3.01	3.71	0.50	-1.76	-4.02
Diferencia en cambio promedio								
β crudo ²	13.97	7.47	14.12	19.87	16.28	17.83	17.94	15.79
IC 95%	9.76-18.18	3.88-11.05	19.45-18.48	14.59-25.16	8.84-23.73	11.20-24.46	10.78-25.10	8.22-23.35
β ajustado ^{2,3}	9.38^a	4.96	11.76	13.61	8.65	10.62	12.12	8.44
IC 95%	1.05-17.17	1.89-8.04	7.76-15.76	8.53-18.68	2.18-15.12	4.55-16.69	6.10-18.13	1.09- 15.78

¹ Prueba T pareada, Grupo asignados: MAIMC p < 0.0001 y Control p > 0.05

² Prob F < 0.0001, Modelos de regresión lineal muestran la diferencia promedio entre el grupo MAIMC y control (referencia) de la diferencia al interior de cada grupo (cambio antes y después); ^a Interacción grupo y cumplimiento ; ³ Prob F < 0.0001 muestra el efecto de la intervención, en los modelos ajustados por el puntaje basal en el dominio correspondiente de la calidad de vida, por el cumplimiento con atención recibida dentro del estudio, y interacción entre el grupo asignado y el cumplimiento y por las covariables (escolaridad, trabajo remunerado, pareja y/o maltrato, presencia de enfermedad crónica, fumador activo, menopausia establecida, estado de nutrición, el apoyo social percibido confidencial y afectivo).

Efecto del modelo sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Los gráficos muestran que se encontró un mayor incremento en el promedio del puntaje de CVRS en cada dominio en el grupo de mujeres del MAIMC, en comparación, con el grupo control, donde se observaron cambios mínimos o ningún cambio a los 3 y 6 meses.

La tabla 17 presenta resultados del análisis multivariado, reflejando que el MAIMC tuvo un efecto positivo e independiente en todos los dominios de la calidad de vida, después de ajustar por el puntaje basal en el dominio correspondiente de WHQ23, por el cumplimiento con atención recibida dentro del estudio y por covariables clínicamente importantes, así como por la escolaridad, el trabajo remunerado, pareja y/o maltrato, enfermedad crónica, menopausia establecida, estado nutricional al inicio de la intervención, el apoyo social percibido.

La diferencia de cambio promedio entre el MAIC y el grupo control, ajustada por estas variables a los 3 meses fue mayor para las dimensiones de ansiedad, síntomas somáticos y problemas del sueño (13.58, 13.32 y 12.74 puntos respectivamente) y a los 6 meses el mayor cambio positivo se observó en los dominios de memoria/concentración y conducta sexual (13.61 y 12.12 puntos respectivamente).

Además, en el dominio de la ansiedad se encontró que el efecto depende del cumplimiento con las asesorías que forman parte de la intervención de este estudio, con una diferencia en el cambio promedio de 13.58 puntos a los 3 meses y 9.38 puntos a los 6 meses en comparación con el grupo que recibió la atención médica habitual. En comparación con el mes 3, a los 6 meses el cambio en la CVRS disminuyó ligeramente en los dominios de ansiedad, síntomas somáticos, síntomas vasomotores y problemas de sueño y aumentó en los dominios de memoria/concentración y conducta sexual.

El porcentaje de explicación de la variabilidad de la CVRS por el MAIMC, a los 3 meses fue del 23% (en el dominio de memoria/concentración) al 44% (en los dominios de bienestar, síntomas vasomotores y conducta sexual) y a los 6 meses fue del 39% (en el dominio de memoria/concentración) al 52% (en el dominio de conducta sexual) (datos no presentados en la tabla).

8. Discusión y conclusiones

8.1. Discusión relacionada con el objetivo 2.

Diseño y/o adaptación y validación de los instrumentos de medición

La revisión exhaustiva de la literatura acerca de escalas de medición relacionadas con climaterio, la selección de expertos, el precisar un lenguaje apropiado para las mujeres y el tamaño de muestra, son elementos que aportaron solidez a la validación de las escalas. Los resultados destacan la importancia de la adaptación cultural y la validación de las escalas utilizadas en el estudio. La redacción y el lenguaje usado en tanto en los

reactivos como en las instrucciones, fueron aspectos clave para la comprensión de las escalas.

En la validación de la escala de conocimiento, el análisis factorial reveló dos factores: alto y bajo conocimiento, sobre el climaterio y sus cambios; lo cual evidencia que, en general, las mujeres mexicanas bajo estudio conocen las conductas que pueden ayudarles a proteger su salud y también aquellas que representan un riesgo para su salud; este dato es similar a lo encontrado con mujeres colombianas,¹²⁹ en quienes los investigadores reportaron alto nivel de conocimientos. Sin embargo, este hallazgo contrasta con el bajo porcentaje de mujeres que realizan ejercicio físico-aeróbico de manera regular y llevan una alimentación enriquecida con fruta, verdura y lácteos. Esta ambivalencia confirma la intrincada brecha entre conocimientos y conductas. La información sobre los riesgos y beneficios no sigue una lógica lineal, tal como se ha evidenciado en múltiples investigaciones en salud y en medicina conductual. Es así como encontramos que el conocimiento sobre el efecto benéfico del ejercicio físico – aeróbico y alimentación saludable, no lo perciben como aplicable para ellas mismas; la ambivalencia puede estar reflejando cierto grado de incapacidad para comprender las consecuencias de seguir o no la recomendación de conductas saludables.

Es de esperarse que haya aspectos ignorados por la población que se considera blanco de intervención, es justo lo que se espera resolver con la intervención. Respecto a que “Sí” conocen sobre conductas preventivas, puede explicarse por la información a través de los medios masivos de comunicación, sobre todo a cargo de grupos de mujeres, como es el caso de mensajes a cargo del Instituto de la Mujer, las campañas para detección de cáncer de mama, etc. Este hallazgo guía la necesidad de enfocar la educación a las mujeres sobre los puntos más débiles en su conocimiento. Por ejemplo, a pesar de que la mayoría de las mujeres consideraron el climaterio como una etapa natural (91%), una proporción importante no estaba enterada de los cambios hormonales en su organismo y que no todas las mujeres necesitan tratamiento hormonal con estrógenos durante esta etapa, sino que la mayoría presentan síntomas leves o moderados y requieren de las acciones de auto-cuidado de salud.

En general, la escala validada dentro de este estudio, tiene varios reactivos que exploran los aspectos similares de conocimiento en comparación con la escala colombiana de conocimiento en peri-postmenopausia;¹²⁹ sin embargo, explica mayor porcentaje de la varianza total (43% y 36% respectivamente), pero posee menor consistencia interna (0.725 y 0.83 respectivamente). Por otro lado, en relación a la escala de creencias sobre climaterio validada en México previamente¹²⁸ las dos escalas mexicanas parecen ser complementarias.

Con respecto a la escala de auto-eficacia, se ha descrito que frecuentemente las personas les resulta sencillo imaginarse altamente eficaces en algún futuro hipotético¹⁶², esto fue identificado en una prueba piloto del estudio. Antes de especificar en las indicaciones de la escala que las acciones que comprenden las preguntas, deben reflejar su capacidad operativa en el presente y no en el futuro indefinido; las mujeres calificaban altamente su eficacia en todos los reactivos. Los dominios identificados con el análisis

factorial fueron diferentes a lo de la escala original, lo que comprueba la existencia de diferencias culturales en la comprensión de la escala. A pesar de los cambios realizados, la escala adaptada de la misma manera como la escala PHS-ES, explica alrededor de 50% de la variabilidad y posee una consistencia interna de 0.85, parámetros aceptables en términos de validación.

La escala de empoderamiento adaptada y modificada a partir de la versión corta de empoderamiento para pacientes con diabetes,¹²⁸ fue igual a la escala original en cuanto al coeficiente de confiabilidad (0.84) y tuvo una variabilidad adecuada (casi 55% de la varianza). Los resultados de la aplicación de la escala destacan que los puntos más difíciles en el cuidado de salud para las mujeres participantes fue su falta de capacidad para identificar las acciones del cuidado de la salud que no estaban satisfechas, así como la dificultad que tenían para establecer y conseguir sus metas en salud mediante un plan de acción práctico y concreto.

Limitaciones: La validación de las escalas y su aplicación se realizó únicamente en un grupo de mujeres mexicanas afiliadas al IMSS en la ciudad de México y no es enteramente aplicable a la población mexicana. El IMSS tiene bajo su cuidado a los trabajadores del sector formal y a sus familias (aproximadamente 46 millones); mientras que la Secretaría de Salud otorga atención a personas sin contratos laborales formales, como los auto-empleados, los trabajadores urbanos del sector informal y la población rural. Los dos grupos de poblaciones poseen características socio-demográficas diferentes, las investigaciones en el campo de la salud que estratifican entre población derechohabiente y no derechohabiente muestran que aquellos afiliados al IMSS tienen mejores niveles de salud y de conocimientos en salud, y en general, mayores niveles socio-económicos, por lo cual se sugiere realizar una validación de las escalas con las mujeres afiliadas a la Secretaría de Salud, para confirmar la estructura factorial de las escalas (validez externa). De igual manera, es recomendable identificar las diferencias entre ambas poblaciones para diseñar intervenciones *ad hoc* para cada una de ellas.

Conclusión: Las tres escalas poseen características psicométricas aceptables y permiten recolectar información clave sobre el conocimiento acerca del climaterio, la auto-eficacia y el empoderamiento en relación al auto-cuidado de la salud durante esta etapa, teniendo una mayor potencialidad para guiar con más precisión el desarrollo de nuevas “intervenciones integrales” enfocadas a mejorar el auto-cuidado de salud de las mujeres en climaterio.

8.2. Discusión relacionada con el objetivo 3.

Análisis cualitativo desde la perspectiva de las mujeres sobre las inquietudes y necesidades de salud en relación al climaterio, el envejecimiento y el auto-cuidado y el tipo de cambios después de participar en las asesorías grupales del MAIMC.

La salud durante el climaterio debe priorizar el auto-cuidado físico, emocional y el enriquecimiento humano a través de la convivencia social. Es necesario orientar a las

mujeres y a los prestadores de servicios para que asuman las nuevas responsabilidades para mejorar la salud y la calidad de vida de la mujer durante el climaterio y la vejez.

La intervención con enfoque de empoderamiento sobre el auto-cuidado de salud puede ayudar a orientar a las mujeres para vivir la etapa del climaterio como un proceso natural y de una manera sana, dándoles elementos para tomar las decisiones informadas, planear las soluciones y realizar los cambios de conducta necesarios para lograr el cuidado de su salud.

El uso de la metodología cualitativa permitió una aproximación más profunda sobre las nociones y experiencias que tienen las mujeres durante la etapa de climaterio, y cómo van dando sentido a la noción de empoderamiento centrado en el auto-cuidado de salud.

Antes de la intervención, las mujeres tenían preocupaciones y escaso conocimiento acerca de la etapa de climaterio, menopausia y, sobre todo, de la importancia del auto-cuidado para mantener y mejorar su salud. Esto es evidente cuando se observa el creciente número de mujeres en México que tienen sobrepeso o obesidad, y que tienen enfermedades crónicas y estilos de vida poco saludables (sedentarismo, alimentación pobre en fruta, verdura y con alto contenido de carbohidratos y grasa).

En nuestro estudio vimos que al inicio de la intervención las mujeres frecuentemente desconocían que les está pasando, pensaban que la menopausia es una enfermedad, percibían y aceptaban el estigma de lo que los demás (los hombres, familiares, etc.) dicen sobre la menopausia, con sus consecuentes problemas emocionales y sentimiento de culpa por sus molestias. A pesar de expresar miedo de enfermedades futuras y inquietudes sobre su prevención, frecuentemente minimizaban y descuidaban su auto-cuidado enfocando su energía para “*servir a su familia*,” responsabilizaban al personal de salud de su salud y no se daban cuenta que en mayor parte su salud está relacionada con sus conductas asociadas al estilo de vida que tienen.

Se ha demostrado que sólo el 10-15% de las mujeres que presentan síntomas climatéricos severos requieren terapia de reemplazo hormonal con estrógenos, el 15-30% no presenta ningún síntoma, y el porcentaje restante presenta síntomas leves a moderados que pueden ser tratadas a través de un la orientación sobre los cambios de estilo de vida. Sin embargo, otros estudios han encontrado que para la mujer es más fácil tomar medicamentos que hacer ejercicio.¹⁶³ De igual manera, para los prestadores de servicios es más rápido y cómodo atribuir al climaterio los problemas de salud de las mujeres y no invertir tiempo en explicarles los cambios psicológicos y conductuales involucrados en esta etapa y mucho menos orientarlas y darles seguimiento a posibles cambios de conducta para mejorar su salud durante el climaterio.

Durante la intervención con enfoque de empoderamiento se trató de lograr que las mujeres aprendieran más sobre la etapa del climaterio, pasando de creencias al

conocimiento y buscando que vivieran el climaterio como una etapa natural. Una de las vías para promover el auto-cuidado fue generar la conciencia de la importancia de las conductas actuales para poder planear y obtener una buena calidad de vida en la vejez. El establecer la meta de una vejez activa e independiente les permitió ver al climaterio como una etapa de oportunidad para mantener y mejorar su salud. Un paso importante hacia el empoderamiento fue la toma de conciencia de la necesidad del cambio del locus de control externo a interno, de valorarse y de cuidarse ellas mismas y no solo para “servir a lo demás”. Al recapacitar que su salud depende de su auto-cuidado las llevó a comprender que no tienen que dejar todo al doctor y que, tal como ellas mencionaron “*si hay solución al problema y no es medicamentosa*” y que el ejercicio físico regular y la alimentación enriquecida con fruta, verdura y lácteos son componentes fundamentales de su auto-cuidado. Es de gran importancia resaltar que la motivación y seguridad que fueron obteniendo durante la intervención constituyó una parte del proceso de empoderamiento sobre auto-cuidado y a su vez esto las motivó para transmitir los conocimientos aprendidos. Cabe recordar que el hecho de comunicar a otros la obtención de conocimientos y la forma como recapacitan sobre ellos para aplicarlos a sus vidas constituye en sí mismo el hecho de una mayor probabilidad de asumir y lograr las conductas y metas, ya que esta interacción social en sí misma involucra una experiencia de compromiso y consonancia entre la información nueva obtenida y transmitida y las conductas.

La salud de la mujer durante el climaterio es un reflejo de la forma de vida y cultura general dentro de la que está viviendo la mujer. Durante la vida reproductiva el rol tradicional de género femenino ha sido enfocarse a los demás, por lo que la mujer ha tenido innumerables barreras de todo tipo para ser independiente y libre y capaz de hacer un plan de vida propio. Existe numerosa literatura sobre el empoderamiento en diversos ámbitos de salud, pero el empoderamiento dirigido hacia la prevención y el auto-cuidado de salud de las personas no enfermas ha sido desaprovechado. De hecho debe ser parte de la política de prevención pero ésta ha sido poco utilizada. Uno de los problemas que subyace a esta deficiencia rebasa el ámbito de la salud y abarca situaciones sociales e incluso políticas de participación. El empoderamiento sobre auto-cuidado en el climaterio es una herramienta para buscar la salud de las mujeres, para desmedicalizarlas, pero al mismo tiempo es una herramienta para buscar también la equidad de género. Esto lo que observamos durante la intervención. La mujer que dijo “*ahora ya no me paran*”, eso es empoderar y luchar para tener mejor salud y mayor equidad.

Limitaciones: Una de las limitaciones del estudio es que solo se incluyeron mujeres que aceptaron participar mediante una invitación. Es decir, existió una autoselección de las mujeres para la intervención. Asumimos que estas mujeres presentan algunas características favorables para su auto-cuidado de salud y es posible que las mujeres que no entraron al estudio son las que tienen más necesidades, como por ejemplo menor auto-estima, mayores demandas de sus roles tradicionales de género, mayor

inseguridad, etc. Durante la intervención identificamos que algunos temas que pueden ser importantes para el empoderamiento, como por ejemplo, la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones no fue prevista e investiga a profundidad, posiblemente debido a nuestra preocupación por focalizar el estudio hacia el climaterio y no desviarnos hacia temas más generales, debido a que durante el climaterio hay todo tipo de cambios y preocupaciones mucho más allá de la salud y de los objetivos de la intervención.

Conclusión: Existe una falta de conciencia sobre las características y necesidades físicas, psicológicas y sociales de las mujeres durante el climaterio y sobre su impacto en la calidad de vida en la vejez. Los temas sobre el climaterio identificados con base en la metodología cualitativa ayudaron a identificar y documentar que las mujeres si requieren de información de expertos sobre el climaterio. Sin embargo también mostró en forma muy interesante que no perciben al climaterio como una enfermedad. Evidentemente perciben las molestias pero sus respuestas se orientan hacia conductas no medicalizadas. Por ello es fundamental encontrar estrategias que, utilicen los conocimientos médicos, sociales y psicológicos pero que sean “trasladadas a las mujeres”, “centradas a las mujeres” y no al médico y a los medicamentos. El empoderamiento en el climaterio es un momento de oportunidad que ha sido desaprovechada y que puede contribuir a mejorar la percepción de las mujeres acerca de esta etapa y orientarlas sobre el auto-cuidado de su salud actual y futura hacia la vejez. Hay que aprovechar esta etapa para sensibilizar a las mujeres sobre estilos de vida y una vejez sana, porque los cambios que ellas están pasando durante el climaterio las hacen sensibles para un “aprendizaje significativo”. El trabajo grupal mostró ser un elemento importante para la motivación de las mujeres y su reflexión sobre sí mismas, sobre su auto-estima y sobre su salud.

También es necesario diseñar programas de atención para las mujeres en situación más vulnerable y que tienen menor probabilidad de asistir a intervenciones más integrales como la que analizada en esta investigación. Por ejemplo, se puede hacer énfasis en aprovechar cualquier visita de la mujer a la clínica para canalizarla a este tipo de asesorías al área de psicología. No hay duda de que los servicios de salud están rebasados pero también es indudable que se ha hecho énfasis en una atención predominantemente médica, cuando que, el aspecto psico-social puede ser perfectamente otorgado por profesionales en el campo de las ciencias sociales. Otras estrategias de atención como es el trabajo grupal también es una alternativa que aquí hemos mostrado de buena utilidad. Esta intervención muestra que con más información, orientación y apoyo, las mujeres pueden asumir mejor la responsabilidad de las conductas de salud asociadas al climaterio sin necesidad de medicalizar esta etapa de la vida.

8.3. Discusión relacionada con el objetivo 4.

Evaluar el efecto del modelo de atención integral del climaterio

El modelo de atención integral a la mujer en etapa de climaterio mostró resultados favorables en términos de mejora en estilo de vida (ejercicio físico regular y mayor consumo de frutas, verduras y lácteos); mejora en los conocimientos, auto-eficacia y empoderamiento para el auto-cuidado de salud y mejora en la calidad de vida relacionada con la salud, en comparación con el grupo de las mujeres que recibieron la atención habitual.

Las mujeres en etapa de climaterio enfrentan cambios biológicos-psicológicos y sociales que afectan su salud y calidad de vida; sin embargo, frecuentemente la atención que reciben en las instituciones de salud está enfocada principalmente a los cambios biológicos cuando éstos ya se reflejaron en alguna enfermedad. Existe poca oferta de servicios preventivos enfocados a evitar que se presenten enfermedades crónicas y hay poca conciencia del tipo de servicios y recursos que requieren las mujeres para asumir un compromiso para el auto-cuidado de su salud. Los médicos familiares durante la consulta tienen tiempo limitado para asesorar sobre estilos de vida saludables y no son suficientes sus recomendaciones rutinarias para cambiar los hábitos de alimentación y de actividad física con el fin de modificar los factores de riesgo cardiovasculares.^{164,165}

Recientemente en el primer nivel de atención se han probado intervenciones complejas a través de los equipos multidisciplinarios de salud enfocadas a cambiar estilos de vida (alimentación y actividad física) principalmente en la población de los adultos con alto riesgo cardiovascular^{166,167} o mejorar el auto-cuidado y prevenir desarrollo de complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas.^{114,168,169} Estas intervenciones mostraron efectos favorables sobre los factores de riesgo cardiovascular en adultos con alto riesgo, y lograron mejores resultados en salud y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas. Aún así faltan estudios que prueben modelos innovadores de atención para la salud que abarquen de manera integral los cambios que la mujer enfrenta durante el climaterio, que simultáneamente promuevan estilos de vida saludables y que den elementos para que las mujeres vivan la tercera edad con una mejor calidad de vida. La mayoría de las intervenciones en la población de las mujeres en la etapa del climaterio se han enfocando a la educación/información sobre el climaterio y a algún componente específico de prevención, como ejercicio físico y/o alimentación, sin tomar en cuenta el componente psicológico y la dimensión social.

Uno de los propósitos más importantes de este estudio fue contribuir a documentar el efecto de estrategias integrales de atención. El MAIMC propone y evalúa una atención integral (bio-psico-social) otorgada en forma colaborativa por el equipo de atención primaria conformado por el médico familiar, la enfermera, la psicóloga y con la

participación activa de la mujer y está enfocado principalmente a la prevención a través de promoción del auto-cuidado de salud bajo el enfoque de empoderamiento.

El MAIMC logró mejorar el conocimiento, auto-eficacia y empoderamiento de las mujeres en relación a su auto-cuidado en comparación con el grupo de atención habitual, donde el conocimiento se mantuvo y la auto-eficacia y empoderamiento disminuyeron durante el estudio. Estos resultados apoyan la importancia de entender que los servicios de salud centrados en el paciente requieren contemplarse bajo programas de atención integral, y que dentro de ellos se requiere incorporar el enfoque de empoderamiento. La atención habitual en los servicios de salud no contempla estos aspectos y las mujeres no reciben la información, asesoría y servicios que requieren, lo cual limita la posibilidad de promover cambios en el auto-cuidado de su salud.

En parte, los resultados en el grupo de intervención se pueden explicar dado que se fortalecieron la información y el conocimiento con la consecuente mejora en sus cuidados. Esta relación observada es congruente con el modelo de creencias en salud propuesto por Becker⁹⁶ y Galniz⁹⁷ el cual considera que la información/conocimiento acerca de los riesgos para la salud, así como la auto-eficacia acerca del auto-cuidado de salud son algunos de los factores que determinan los estilos de vida. El mayor conocimiento acerca del climaterio y sus cuidados permite que las mujeres identifiquen sus nuevas necesidades y emprendan cambios de comportamiento para satisfacer tales necesidades, y que simultáneamente, mantengan y mejoren su estado de salud. El conocimiento también permite a las mujeres incrementar su auto-eficacia y empoderamiento para el cuidado de su salud, y las vuelve capaces de reinterpretar el climaterio y vivirlo como una experiencia positiva.¹⁷⁰ El efecto secundario del empoderamiento en otros ámbitos de la vida es una hipótesis pendiente para futuras investigaciones, principalmente en aquellas con enfoque de género.

También se observó el efecto positivo del MAIMC sobre estilo de vida de las mujeres. El tiempo promedio dedicado al ejercicio-físico aeróbico por semana se duplicó y la cantidad de las mujeres que lo hacían de manera regular prácticamente se triplicó, en comparación con el grupo de atención habitual, donde se mantuvo sin cambio o con cambio no significativo. La misma tendencia se observó en relación al consumo regular de fruta, verdura y lácteos bajos en grasa. Estos cambios en los estilos de vida son importantes dado que existe múltiple evidencia que una dieta enriquecida en fruta verdura y lácteos bajos en grasa¹⁷¹, y el ejercicio físico que se realizan en forma regular^{172,173,174} permiten conservar la salud y reducir la mortalidad, mediante la disminución de los riesgos para las enfermedades crónicas degenerativas (enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cánceres), entre los cuales están la mejora de la tolerancia a la glucosa y del perfil de los lípidos, la disminución de la presión arterial y de la grasa corporal, mantenimiento del peso apropiado. Además, la dieta y el ejercicio

permiten cuidar la salud ósea-muscular, manteniendo la densidad mineral ósea y la fuerza de los músculos, lo que finalmente beneficia en la prevención de las fracturas.

El presente estudio mostró que el MAIMC también puede contribuir al aumentar la utilización de los servicios de la detección oportuna. En comparación con otros estudios que reportaron que a las mujeres se les había realizado solo la mitad de las detecciones recomendadas¹⁷⁵, en nuestro estudio encontramos que desde la evaluación basal casi 80% de las mujeres tuvieron detecciones recomendadas, este porcentaje se aumentó en un 14% en el grupo MAIMC y en un 5.2% en el grupo control alcanzando casi 90% en ambos grupos. Este hallazgo sugiere que el MAIMC es una opción viable para aumentar el uso de los servicios de detección por parte de las mujeres.

Existe una interacción entre el estado emocional y el comportamiento, observándose que si una persona se encuentra emocionalmente afectada, el no trabajar psicológicamente las áreas alteradas puede ocasionar que no tenga los suficientes recursos psíquicos que le permitan afianzarse positivamente consigo misma y su entorno, generando poca adherencia a las recomendaciones de auto-cuidado.^{176,177} Por lo tanto, como parte del auto-cuidado a la salud durante el climaterio, la intervención psicológica consistió en el trabajo de procesos cognitivos, afectivos y subjetivos a través de la experiencia de vida de la mujer, que lamentablemente en muchos los casos la ha llevado a desinteresarse por sí misma.

En el trabajo interdisciplinario, se puede llegar a pensar que la psicología puede ser desempeñada por otros profesionistas. En el campo de la salud cada profesionista y especialista debe ser respetado en aquello que maneja y el tradicional papel hegemónico del médico no debe significar que domina todo el ámbito de la salud. Los resultados favorables sobre la calidad de vida y los estilos de vida sugieren que la incorporación de la psicóloga es una parte importante en la atención integral. Al respecto resalta que actualmente en el IMSS hay 1 psicólogo por turno en clínicas que tiene entre 15 y 36 consultorios y atienden entre 80 mil y 300 mil derechohabientes. Lo anterior dificulta que una mujer en etapa de climaterio reciba una adecuada atención por este servicio, debido a la carga de trabajo que tienen los psicólogos. Esto pone en evidencia la necesidad de aumentar la capacidad institucional en lo que se refiere a psicólogos.

La principal variable de resultado en nuestro estudio fue CVRS. La CVRS es un constructo que de manera integral describe cómo las personas perciben su salud y funcionalidad en los dominios físico, psicológico y social durante sus actividades diarias.¹⁷⁸ Consideramos que dado que durante el climaterio las mujeres enfrentan un complejo escenario de cambios bio-psico-sociales, la CVRS es una medida apropiada para evaluar los resultados de una intervención enfocada a abordar de manera integral estos cambios.

Encontramos un aumento significativo en todos los dominios de la CVRS en el grupo MAIMC en comparación con el grupo control (atención habitual), tanto a los 3, como a los 6 meses, el cual fue independiente de otras variables clínicamente importantes, como la escolaridad, trabajo remunerado, tener pareja, maltrato por parte de pareja, enfermedad crónica, menopausia establecida, estado nutricional al inicio de la intervención, y el apoyo social percibido. En la mayoría de los dominios el aumento fue también clínicamente significativo, dado que de acuerdo a los autores del *Women Health Questionnaire* se considera que el cambio es clínicamente importante cuando es mayor igual a 10% en el puntaje transformado.¹⁷⁹ Dado que no existe información nacional publicada sobre la medición de la CVRS con esta escala, consideramos que los datos de este estudio constituyen una contribución al conocimiento sobre calidad de vida relacionada a la salud durante el climaterio.

Vale la pena mencionar que en el caso del grupo control, desde la medición basal había diferencias estadísticas en los dominios de CVRS a favor del grupo control, lo que puede ocasionar una sobrestimación del efecto de la intervención cuando se compara con el grupo control. Para compensar esa posibilidad, en cada modelo de regresión se consideró el puntaje de la medición basal del dominio correspondiente de CVRS como la variable de ajuste.

El efecto positivo del MAIMC sobre la CVRS puede ser atribuido a la contribución conjunta de sus componentes. Por ejemplo, los estudios previos han encontrado que un mayor ejercicio físico-aeróbico junto con alimentación enriquecida con fruta, y verdura pueden contribuir a mejorar la CVRS.^{180,181,182} La relación entre los estilos de vida y la calidad de vida durante el climaterio es compleja y puede involucrar una serie de mecanismos alternativos, además de que una mayor autoestima y un estado de ánimo positivo actúan como mediadores psicológicos entre la actividad física y la calidad de vida.¹⁸³

Los resultados del estudio deben ser interpretados a la luz de sus limitaciones.

El diseño de nuestro estudio es un ensayo de campo con grupo control antes y después. Se decidió hacer este tipo de estudio, por un lado para poder estimar el efecto de la intervención mediante la comparación con el grupo control, y de esta manera evitar el efecto de la regresión a la media (cambios que se pueden presentar en el tiempo de manera natural), ya descrita como una de las limitaciones de los estudios antes y después sin grupo de comparación. Por otro lado, por la logística de las unidades de medicina familiar y factibilidad del estudio se tomó un grupo control de otra UMF con el fin de evitar la posible contaminación de los grupos (comunicación de la información entre grupos de mujeres). Sin embargo, se conoce que los ensayos de campo con grupo control antes y después, también denominados "cuasi-experimentales" al carecer una asignación aleatoria a una intervención pueden resultar que desde la etapa basal los grupos sean diferentes. Lo anterior sucedió en el presente estudio, dado que

encontramos que algunas de las características de las mujeres del grupo de intervención y de grupo control no fueron similares. Las condiciones basales fueron consideradas en el análisis de regresión como mecanismo de control de la potencial confusión sobre el efecto de la intervención.

Otra posible limitación es que los resultados de los estudios de intervención que involucran a usuarios de los servicios de salud se limitan a la población que tiene las características a las que va dirigida dicha intervención. Es un hecho, que las mujeres motivadas participan más en este tipo de intervenciones lo que podría limitar la generalización de los resultados. En el presente estudio, las mujeres que aceptaron participar tenían estilos de vida más saludables en comparación con las que rechazaron, siendo las últimas las que hacían ejercicio físico-aeróbico en menor proporción. Será aconsejable desarrollar estrategias para involucrar este tipo de personas a las intervenciones enfocadas a mejorar los estilos y calidad de vida.

Además, no podemos afirmar que esta estrategia tendría los mismos resultados en mujeres afiliadas a otras instituciones de salud en México, o en población que no utiliza los servicios de salud. Con los resultados obtenidos se podrá implementar esta intervención en otras instituciones de salud, con las adecuaciones necesarias.

Otra limitación del estudio es que la actividad física y alimentación fueron evaluadas a través del auto-reporte. Esta forma de evaluación no es óptima ya que existe un riesgo de sobre- o subestimación, un potencial sesgo no diferencial en la medición de la actividad física y alimentación. Sin embargo, la mayoría de los estudios en el primer nivel de atención aplican este tipo de cuestionarios debido a su mayor factibilidad logística.^{166,184}

Otra posible limitación es que no se planteó el análisis de costo-efectividad del MAIC en comparación con la atención habitual, lo que sugiere hacer futuras investigaciones para responder a esa pregunta sin olvidar que la prevención siempre es mejor que la atención a la enfermedad.

Conclusión: El MAIMC tuvo efectos favorables sobre estilos de vida (actividad física-aeróbica regular y alimentación enriquecida en fruta y verdura), conocimiento, auto-eficacia y empoderamiento en relación al climaterio y su auto-cuidado, así como para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, por lo que puede ser pertinente como una aportación en la búsqueda de nuevos modelos de atención integral en los servicios de salud de primer nivel de atención.

9. Productos del proyecto.

- Se publicaron dos artículos derivados de este estudio:

Doubova SV, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S, Infante C, Pérez-Cuevas R. Integrative health care model for climacteric stage women: design of the intervention. BMC Women's Health 2011;11:6. ISSN: 1472-6874.

Doubova SV, Infante C, Martínez-Vega IP, Pérez-Cuevas R. Toward healthy aging through empowerment for self-care during the climacteric stage. Climacteric 2011; 14:1-10.

- Los resultados del análisis cualitativo se presentaron en el Congreso de “Aging and Society: An Interdisciplinary Conference.”, Berkeley, CA, USA, 8-9 November 2011.
- Está enviado a publicación a revista Salud Pública de México el artículo titulado: “Modelo conceptual y validación de escalas sobre conocimiento, auto-eficacia y empoderamiento dirigidas a mujeres en etapa de climaterio.”

10. Anexos.

Anexo 1A
Grupo intervención



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CLIMATERIO

México D.F. a ____ de _____ de 20__.

He recibido la información acerca del proyecto de investigación titulado: **Evaluación del impacto de un modelo de atención integral para las mujeres en la etapa de climaterio.** Se me explicó que el objetivo de este estudio es evaluar un nuevo modelo de atención integral a las mujeres en la etapa del climaterio (entre los 45 y 59 años de edad), que consistirá en la atención otorgada en forma colaborativa entre el médico familiar, la enfermera de atención primaria y una psicóloga.

Estoy informada que el estudio tendrá una duración de 6 meses. Mi participación en el estudio consistirá en acudir en forma voluntaria (individual) a las citas mensuales con la enfermera y la psicóloga del proyecto y asistir a las asesorías grupales (4 veces al mes) durante los primeros dos meses. Las asesorías individuales y grupales con la enfermera y la psicóloga son para contar con una orientación acerca del climaterio, las enfermedades más frecuentes durante esta etapa y los auto cuidados que tengo que hacer para prevenir estas enfermedades. Se me ha informado que me aplicarán un cuestionario general requerido por el proyecto en el momento de entrar en el estudio, después a los 3 y a los 6 meses de haber entrado en el estudio, requiere aproximadamente de 45 a 50 minutos para ser contestado. En cada cita programada también responderé cuestionarios breves de seguimiento durante 10 minutos aproximadamente. Se me explicó que el cuestionario general incluye preguntas sobre mis actividades cotidianas, hábitos de alimentación y ejercicio, acerca de mi salud y de mi calidad de vida, y que podré abandonar el estudio si así lo decido, sin perjuicio de la atención que el IMSS está obligado a proporcionarme.

Se me ha asegurado que mis datos y respuestas son confidenciales (serán accesibles únicamente a los investigadores) y que no se me identificará con mi nombre, ni mi dirección, en las comunicaciones (reportes y publicaciones) derivadas del estudio. Conozco que este estudio fue aprobado por un comité de evaluación ética (grupo de personas que revisan los estudios con el fin de proteger los derechos de los participantes y contra cualquier tipo de daño). Los investigadores que realizan el estudio trabajan en la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud; Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, tienen experiencia y conocimiento en los trabajos de este tipo. Estoy enterada que mi colaboración es de gran importancia para mejorar la atención de las mujeres en la etapa de climaterio.

Los beneficios derivados de mi participación en el estudio son recibir una orientación sobre el climaterio y la menopausia, sobre los cambios y molestias que puedo presentar y cómo atenderme, de igual manera conocer qué enfermedades puedo llegar a desarrollar durante esta etapa de la vida y cómo evitarlas, en su caso, cómo enfrentarlas, así como cuidar y mantener mi salud física y emocional durante el climaterio. El personal de salud del estudio me facilitará hacer un plan de acción para mejorar o mantener mi salud, prevenir daños e incluso desarrollar capacidades para el cuidado autónomo. Al recibir una atención integral por un médico familiar, una enfermera y una psicóloga, el principal beneficio es la posibilidad de mejorar mi estado de salud, a través de realizar cambios en mis hábitos de la vida diaria que me permitan una mejor calidad de vida en un futuro inmediato y lejano.

Conozco también que para cualquier duda o aclaración puedo comunicarme con los investigadores del estudio al teléfono 56 27 69 00: Dra. Svetlana Doubova extensión 21074 y Dr. Ricardo Pérez-Cuevas extensión 21072.

Acepto participar en el estudio en forma voluntaria, reiterando que mi decisión fue tomada sin presión alguna.

Nombre y firma de la persona

Nombre y firma de investigador

Testigo 1. Nombre y firma

Testigo 2. Nombre y firma



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CLIMATERIO

Anexo 1B
Grupo

México D.F. a _____ de _____ de 20__.

He recibido la información acerca del proyecto de investigación titulado: **Evaluación del impacto de un modelo de atención integral para las mujeres en la etapa de climaterio.** Se me explicó que el objetivo de este estudio es evaluar un nuevo modelo de atención integral a las mujeres en la etapa del climaterio (entre las 45 y 59 años), que consistirá en la atención otorgada en forma colaborativa entre el médico familiar, la enfermera de atención primaria y psicóloga. Estoy informada que esta clínica va a ser clínica de comparación con la clínica donde se aplicará el modelo.

Mi participación en el estudio consistirá en contestar un cuestionario general requerido por el proyecto en el momento de entrar en el estudio y después a los 3 y a los 6 meses de haber entrado en el estudio. El cuestionario requiere aproximadamente de 45 a 50 minutos para ser contestado.

Se me ha asegurado que mis datos y respuestas son confidenciales (serán accesibles únicamente a los investigadores) y que no se me identificará (por mi nombre, ni mi dirección) en las comunicaciones (reportes y publicaciones) derivadas del estudio.

Conozco que este estudio fue aprobado por un comité de evaluación ética (grupo de personas que revisan los estudios con el fin de proteger los derechos de los participantes y contra cualquier tipo de daño). Los investigadores que realizan el estudio trabajan en la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud; Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, tienen experiencia y conocimiento en los trabajos de este tipo.

Estoy enterada que mi colaboración voluntaria es de gran importancia para conocer y mejorar la atención de las mujeres en la etapa de climaterio. Al final de estudio recibiré la información sobre el climaterio y menopausia, los cambios, molestias y enfermedades que puedo llegar a enfrentar durante esta etapa de la vida. En cualquier momento puedo abandonar el estudio, sin que ello afecte la atención que me otorga el IMSS.

Conozco también que para cualquier duda o aclaración puedo comunicarme con los investigadores del estudio al teléfono 56 27 69 00: Dra. Svetlana Doubova extensión 21074 y Dr. Ricardo Pérez-Cuevas extensión 21072.

Acepto participar en el estudio en forma voluntaria, reiterando que mi decisión fue tomada sin presión alguna.

Nombre y firma de la persona

Nombre y firma de investigador

Testigo 1. Nombre y firma

Testigo 2. Nombre y firma

VI. APOYO SOCIAL

6.0 ¿Alrededor de cuántos parientes allegados o amigos cercanos tiene usted (personas con las que pueda y se sienta cómoda para hablar de cosas que le preocupan, que las trae en la mente (en las que no deja de pensar)?

Registre el número de: **Parientes allegados** **Amigos cercanos**

Si la entrevistada no cuenta con ninguna persona regístrela como: **0**

INSTRUCCIONES: En la siguiente lista se mencionan cosas que otras personas hacen por usted se las voy a leer y va a escoger una respuesta, la que mejor refleje su situación (de la mujer entrevistada). Las opciones de respuesta son cinco, marque una cruz "X" dentro de la casilla que mejor represente la situación de la mujer entrevistada (del 1 al 5):

Lo que otras personas hacen por mí	Mucho menos de lo que deseo 1	Menos de lo que deseo 2	Ni mucho ni poco 3	Casi como lo deseo 4	Tanto como lo deseo 5	No haga anotaciones en esta columna Respuesta
6.1 Recibo visitas de mis amigos y familiares						<input type="text"/>
6.2 Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa						<input type="text"/>
6.3 Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo						<input type="text"/>
6.4 Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede						<input type="text"/>
6.5 Recibo amor y afecto						<input type="text"/>
6.6 Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa						<input type="text"/>
6.7 Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares						<input type="text"/>
6.8 Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos						<input type="text"/>
6.9 Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas						<input type="text"/>
6.10 Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida						<input type="text"/>
6.11 Recibo ayuda cuando estoy enferma, en cama						<input type="text"/>

VII. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

<p>7.1. ¿Actualmente padece <u>alguna enfermedad crónica</u> (que requiere cuidado permanente y visitas frecuentes al médico)? <input type="text"/></p>	<p>7.2 ¿Qué enfermedad crónica padece? (Especificar) _____ <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/></p>																		
<p>(1) Sí (2) No → pasar a la pregunta 7.3 (3) No sabe si está enferma</p> <p>7.3. ¿Toma algún medicamento? <input type="text"/></p> <p>(1) Sí (2) No</p>	<p>7.4. ¿Puede decirme el nombre de los medicamentos que toma y desde cuándo los toma?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Años</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Años	Meses	a) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	b) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	c) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	d) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	e) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Años	Meses																	
a) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
b) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
c) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
d) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
e) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	

<p>7.5 ¿Durante los últimos 3 meses cuántas veces ha consultado a su médico familiar?</p> <p style="text-align: center;"> _ _ </p>	<p>7.6. ¿Hace cuánto tiempo aproximadamente tuvo su última consulta con el médico familiar?</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">Días Semanas Meses Años</p>
<p>7.7. ¿Cuál es el motivo por el que acude hoy a la clínica?</p> <p>Especificar _____ _ _ </p> <p>_____ _ _ </p> <p>_____ _ _ </p>	<p>7.8 ¿Hace cuánto tiempo tiene usted el problema por el cual viene a consulta?</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">Días Semanas Meses Años</p>

V. EVALUACIÓN DE LAS ETAPAS DE CAMBIO			
INSTRUCCIONES: Primero recabar la información de la columna izquierda y después de la columna derecha.			
5.1. Dieta*		5.2. Ejercicio físico regular*	
<p>Instrucciones: *Alimentación enriquecida con fruta, verdura y lácteos significa comer todos los días 3-4 raciones de fruta, 4-5 raciones de verdura y 2-3 raciones de productos lácteos.</p> <p><i>Por favor, marcar con una X la opción que se aplique a la paciente.</i></p>		<p>Instrucciones: *Ejercicio físico regular es la actividad física-aeróbica de intensidad moderada, requiere de un esfuerzo físico regular, nos hace respirar más intensamente de lo normal y aumenta el número de latidos del corazón, por ejemplo la caminata rápida, pedalear la bicicleta, la natación, el baile, etc. Se practica durante 30 a 45 minutos, 5 días ó más de la semana; o por lo menos 150 minutos en toda la semana. Otras personas realizan una actividad física-aeróbica vigorosa, el esfuerzo físico intenso les hace respirar con mucha más intensidad de lo normal, su ritmo cardiaco aumenta más del 70%, un ejemplo es correr por lo menos 90 minutos en toda la semana. <i>Por favor, marcar con una X la opción que se aplique a la paciente.</i></p>	
<p>a. Actualmente, mi alimentación diaria no es enriquecida con fruta, verdura y productos lácteos y no estoy pensando en cambiarla en los siguientes 6 meses (*Leer arriba qué es alimentación enriquecida con fruta, verdura y lácteos)</p>	_ _	<p>a. Actualmente no hago ejercicio físico regular, ni pienso hacerlo en los siguientes 6 meses (*Leer arriba qué es ejercicio físico regular)</p>	_ _
<p>b. Actualmente mi alimentación diaria no es enriquecida con fruta, verdura y productos lácteos, pero estoy pensando en empezar a comer frutas, verduras y lácteos todos los días en los siguientes 6 meses</p>	_ _	<p>b. Actualmente no hago ejercicio físico regular, pero estoy pensando empezar a practicarlo en los siguientes 6 meses</p>	_ _
<p>c. Actualmente ya como alimentación enriquecida con frutas, verduras y productos lácteos aunque no todos los días, pero estoy pensando en comerlos a diario en los siguientes 6 meses</p>	_ _	<p>c. Actualmente ya hago ejercicio físico aunque no en forma regular, pero estoy pensando en practicarlo más seguido en los siguientes 6 meses</p>	_ _
<p>d. En los últimos 6 meses y a diario, tengo una alimentación enriquecida con fruta, verdura y productos lácteos</p>	_ _	<p>d. En los últimos 6 meses he practicado ejercicio físico regular</p>	_ _
<p>e. Ya son más de seis meses que a diario tengo una alimentación enriquecida con fruta, verdura y productos lácteos</p>	_ _	<p>e. Llevo más de 6 meses practicando ejercicio físico regular</p>	_ _

VIII. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS Y CALIDAD DE ATENCIÓN

INSTRUCCIONES: Para recabar la información siga el orden de las preguntas.

<p>8.1 ¿A qué edad empezó su primera menstruación (regla)?</p> <p>A los <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> años</p>	<p>8.2 ¿Actualmente continúa menstruando?</p> <p>(1) Sí → pasar la pregunta 8.6 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) No <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>8.3 ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última menstruación?</p> <p>(1) Menos de 1 año <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) un año o más <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>8.4 ¿A qué edad dejó de menstruar?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años</p>
<p>8.5 ¿Cuál fue la causa por la que dejó de menstruar?</p> <p>(1) Menopausia natural [por la edad] <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) Menopausia quirúrgica [extirpación de útero y/o de ovarios]</p> <p>(3) Otras (especificar) _____</p> <p>Cualquier respuesta → pasar a la pregunta 8.7</p>	<p>8.6 ¿Actualmente tiene usted sus ciclos menstruales regulares?</p> <p>(1) Sí <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) No <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>8.7 ¿Actualmente tiene alguna de las siguientes molestias?</p> <p>Sí = 1; No = 2 No sabe = 9 <i>*Puede tener más de una opción</i></p> <p>(1) Cambios en la regla (en mujeres que siguen menstruando) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) Bochornos <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(3) Sudores nocturnos <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(4) Ardor al orinar <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(5) Insomnio <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(6) Otra <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(Especificar) _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(0) Ninguna <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><u>En caso de TENER bochornos y sudores nocturnos</u>→ pasar a la pregunta 8.8</p> <p><u>En caso de NO TENER bochornos y sudores nocturnos</u>→ pasar a la pregunta 8.15</p>	<p>8.8 ¿Cuántos bochornos y/o sudores nocturnos tiene?</p> <p>al día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>a la semana <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>al mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8.9 ¿Cuando le aparecen los bochornos, también suda?</p> <p>(1) Si <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) No <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8.10 ¿Cuándo le aparecen los bochornos y suda, tiene usted que interrumpir lo que está haciendo?</p> <p>(1) Si <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) No <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8.11 ¿Utiliza algún medicamento para quitar bochornos y/o los sudores nocturnos?</p> <p>(1) Sí <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) No → pasar a la pregunta 8.15 <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>8.12 ¿Qué medicamento?</p> <p>Especificar</p> <p>Medicamento Dosis Horario En qué días del mes Duración</p> <p>1 _____</p> <p>—</p> <p>2 _____</p> <p>—</p> <p>3 _____</p> <p>—</p>	<p>8.13 ¿Ha tenido molestias con estos medicamentos?</p> <p>(1) Sí <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(2) No → pasar a la pregunta 8.15 <input type="text"/> <input type="text"/></p>

<p>8.14 ¿Con qué medicamentos ha tenido molestias y cuáles molestias?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento</th> <th>Molestias</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>1 _____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>2 _____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>3 _____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Medicamento	Molestias	1. _____	1 _____	2. _____	2 _____	3. _____	3 _____	_____	_____	<p>8.15 ¿Actualmente, tiene relaciones sexuales?</p> <p>1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No → pasar a la pregunta 8.21</p> <hr/> <p>8.16 ¿Cuántas veces tiene relaciones sexuales?</p> <p>a la semana <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>al mes <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>al año <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
Medicamento	Molestias										
1. _____	1 _____										
2. _____	2 _____										
3. _____	3 _____										
_____	_____										
<p>8.17. ¿Ha tenido algún malestar durante las relaciones sexuales?</p> <p>1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No → pasar a la pregunta 8.21</p>	<p>8.18 ¿Qué malestar ha tenido durante las relaciones sexuales?</p> <p><i>*Puede tener más de una opción</i></p> <p>(1) Sensación de resequead en su vagina <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Dolor <input type="checkbox"/></p> <p>(3) Sangrado después o durante la relación sexual <input type="checkbox"/></p> <p>(4) Otra (Especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>										
<p>8.19 ¿Ha recibido algún tratamiento para reducir estos malestares durante las relaciones sexuales?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No → pasar a la pregunta 8.21</p>	<p>8.20 ¿Qué tratamiento ha recibido para reducir los malestares durante las relaciones sexuales?</p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Especificar _____</p>										
<p>8.21 ¿Durante su vida ha estado embarazada?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No → pasar a la pregunta 8.24</p>	<p>8.22 ¿Cuántos embarazos ha tenido? (Incluyendo partos, abortos, óbitos, cesáreas y embarazos ectópicos)</p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>8.23 ¿Cuántos hijos tiene?</p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>										
<p>8.24 ¿En el último año le han propuesto hacerle una revisión de sus senos para buscar tumores?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No → pasar a la pregunta 8.29</p>	<p>8.25 ¿Qué personal de salud le propuso hacer la revisión de sus senos para buscar tumores?</p> <p><i>*Puede tener más de una opción</i></p> <p>(1) Médico familiar de esta clínica <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Enfermera del módulo PREVENIMSS <input type="checkbox"/></p> <p>(10) Otro (Especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>										
<p>8.26 ¿Ha aceptado que le revisan sus senos para buscar tumores?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso de respuesta afirmativa → pasar a pregunta 8.28</p>	<p>8.27 ¿Por qué razón no aceptó la revisión de sus senos para buscar tumores?</p> <p>(Especificar) _____</p> <p>→ pasar a pregunta 8.29</p>										
<p>8.28 ¿Qué personal de salud le realizó revisión de sus senos para buscar tumores?</p> <p><i>*Puede tener más de una opción</i></p> <p>(1) Médico familiar de esta clínica <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Enfermera del módulo PREVENIMSS <input type="checkbox"/></p> <p>(10) Otro (Especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>8.29 ¿En los últimos 2 años le han propuesto realizarle una mastografía (estudio de los senos con radiografía)?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No → pasar a pregunta 8.33</p>										

<p>8. 30 ¿Qué personal de salud le indicó hacer la mastografía? <i>*Puede tener más de una opción</i></p> <p>(1) Médico familiar de esta clínica <input type="checkbox"/></p> <p>(10) Otro (Especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>8.31 ¿Ha aceptado que le hagan mastografía?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p> <p><i>En caso de respuesta negativa</i></p> <p>¿Por qué NO aceptó? (Especificar) _____</p> <p>En caso de respuesta negativa → pasar a pregunta 8.33</p>
<p>8.32 Fecha (o fecha aproximada) de la última mastografía:</p> <p>____ mes ____ año</p>	<p>8.33 ¿En los últimos 3 años le han realizado la prueba de Papanicolaou para detectar oportunamente cáncer cérvico uterino (en la matriz)?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo → pasar a pregunta 8.35</p>
<p>8.34 ¿Por qué razón no le han realizado su prueba de Papanicolaou para detectar oportunamente cáncer en la matriz?</p> <p>(Especificar) _____</p>	<p>8.35 ¿En el último año en la clínica le han tomado alguna muestra de sangre para detección de diabetes (el azúcar alta en la sangre)?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p>
<p>8.36 ¿En los últimos 3 años en la clínica le han tomado alguna muestra de sangre para detección de colesterol?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p>	<p>8.37 ¿En el último año en la clínica le han medido su presión arterial para saber si la tiene alta?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p>
<p>8.38 ¿En el último año en la clínica ha recibido información (plática) acerca del climaterio y menopausia?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso negativo → pasar a pregunta 8.40</p>	<p>8.39 ¿Qué personal de salud le dio la información (plática) acerca de climaterio y menopausia?</p> <p><i>*Puede tener más de una opción</i></p> <p>(1) Médico familiar de esta clínica <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Enfermera del módulo PREVENIMSS <input type="checkbox"/></p> <p>(10) Otro (Especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>8.40 ¿En el último año usted ha recibido información en la clínica acerca de alimentos que tiene que comer la mujer después de los 45 años?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso negativo → pasar a pregunta 8.42</p>	<p>8.41 ¿Qué personal de salud le dio la información acerca de alimentos que tiene que comer la mujer después de 40-45 años?</p> <p><i>*Puede tener más de una opción</i></p> <p>(1) Médico familiar de esta clínica <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Enfermera del módulo PREVENIMSS <input type="checkbox"/></p> <p>(10) Otro (Especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>8.42 ¿En el último año ha recibido información sobre la importancia de hacer ejercicio físico de manera regular o frecuentemente?</p> <p>(1) Sí <input type="checkbox"/></p> <p>(2) No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso negativo → pasar a pregunta 8.44</p>	<p>8.43 ¿Qué personal de salud le dio la información sobre la importancia de hacer ejercicio físico de manera regular o frecuentemente?</p> <p><i>*Puede tener más de una opción</i></p> <p>(1) Médico familiar de esta clínica <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Enfermera del módulo PREVENIMSS <input type="checkbox"/></p> <p>(10) Otro (Especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>8.44 En general, ¿qué tan satisfecha está con la atención que recibe en la clínica de medicina familiar?</p> <p>(1) Muy satisfecha <input type="checkbox"/></p> <p>(2) Satisfecha</p> <p>(3) Ni satisfecha ni insatisfecha</p> <p>(4) Insatisfecha</p> <p>(5) Muy insatisfecha</p>	

IX. CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA

INSTRUCCIONES: Después de leer cada pregunta elegir el número que mejor representa el grado de seguridad con el cual la paciente puede hacer la actividad señalada en la pregunta empezando desde esta o siguiente semana.

Si la paciente está absolutamente segura que NO puede, se tiene que escoger opción 1, si por el contrario, está absolutamente segura que SI puede, tiene que escoger la opción 9; cuando la paciente no puede decidir entre estas dos opciones extremas, deberá escoger una casilla del 2 al 8 para anotar la respuesta que represente mejor su situación. Aclarar que, entre más se acerca al uno significa que menos puede y al contrario, entre más se acerca al 9 significa que podría más.

Por favor, marcar con una "X" la opción de cada afirmación que se aplique a la paciente.

Acciones	Estoy absoluta-mente segura que NO puedo				A veces no podría y a veces si podría				Estoy absoluta-mente segura que SI puedo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Puedo dar respuesta a mis preguntas acerca de la menopausia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Puedo consumir suficiente calcio todos los días en los alimentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Puedo compartir con mi doctor mis preocupaciones acerca de la menopausia	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Puedo manejar las tensiones diarias de mi vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Puedo darme tiempo para hacer ejercicio regularmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Puedo entender mis riesgos personales de salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Puedo entender que hay molestias de la menopausia por las cuales debo tomar medicamentos como hormonas o antidepresivos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Casi todos los días puedo evitar el comer alimentos no saludables (por ejemplo comida chatarra)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Puedo adaptarme a mis cambios sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Puedo reducir el riesgo de tener huesos frágiles (débiles)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Puedo participar con mi doctor en las decisiones de qué medicamentos tomar y qué tratamientos seguir	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Cada dos años puedo acudir a una cita para realizarme una mamografía o mastografía	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Puedo mantener mi agilidad mental	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Puedo confiar a mi doctor mis preocupaciones acerca de mi salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Cada año puedo hacerme una revisión ginecológica y cada 3 años mi examen de Papanicolau	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Puedo evitar fumar (tabaco)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Puedo cuidar y mantener mi peso (ideal)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Puedo adaptarme a los cambios que están ocurriendo en mi cuerpo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Puedo recordar qué medicamentos debo tomar cada día	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Puedo reducir mi riesgo de morir de cáncer si acudo regularmente a una revisión de salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Puedo hablar con otras mujeres que tienen problemas de la menopausia similares a los míos	1	2	3	4	5	6	7	8	9

22. Puedo obtener información útil acerca de los síntomas de la menopausia con el personal de salud de mi Unidad de Medicina Familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Puedo reducir el riesgo de tener un ataque al corazón o un derrame cerebral	1	2	3	4	5	6	7	8	9

X. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE CLIMATERIO Y SUS RIESGOS

Parte I. ¿Qué tanto sabe sobre el climaterio?

INSTRUCCIONES: Lea cada frase y marque con una cruz "X" lo que la paciente responda. Antes de empezar a preguntar, explíquela a la señora que le leerá unas frases y que para cada una de ellas por favor le conteste si es cierta, si es falsa o no sabe.

Enunciado o frase	Es cierto	Es falso	No sé
1. El climaterio es una etapa natural/normal en la vida de la mujer			
2. La menopausia o fin de la regla (menstruación) es parte del climaterio			
3. Durante el climaterio los ovarios de la mujer producen exceso de hormonas femeninas			
4. Los ciclos menstruales (de la regla) cambian durante el climaterio			
5. Cuando una mujer presenta bochornos durante el climaterio, siempre se le deben recetar medicamentos			
6. Sólo las mujeres con problemas psicológicos, como ansiedad, neurosis, depresión, sufren de bochornos			
7. Después de la menopausia las mujeres presentan resequedad y cambios en la vagina			
8. Los cambios hormonales del climaterio disminuyen el riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, hipertensión, diabetes, obesidad y algunos cánceres			
9. Durante el climaterio los huesos se vuelven más fuertes			
10. Durante el climaterio son más frecuentes los cambios de ánimo como irritabilidad, nervios, fatiga, o depresión			
11. Ante los cambios físicos y psicológicos del climaterio el único remedio es ser tolerante porque no hay manera de controlarlos			
12. La mujer debe tener información sobre el climaterio para tomar mejores medidas sobre su auto-cuidado de salud			

Parte II. ¿Qué tanto sabe sobre los riesgos durante el climaterio?

INSTRUCCIONES: Las acciones que hacemos en nuestra vida diaria pueden protegernos de riesgos para la salud (riesgos de algunas enfermedades), pero, otras pueden aumentar esos riesgos, es decir, aumentan la posibilidad de enfermarnos. Para cuidar mejor nuestra salud es importante saber qué acciones pueden proteger o cuáles pueden dañar la salud. Le voy a pedir de favor si me puede decir si usted considera que cada acción que le voy a leer la ayuda a protegerse o si puede dañar su salud durante la etapa de climaterio. Si no sabe la respuesta, me puede contestar que 'no sabe'.

Lea cada acción de la vida diaria y anote la respuesta de la mujer con una cruz "X" dentro de la casilla correspondiente.

Acción de la vida diaria en la etapa de climaterio	Puede proteger mi salud	Puede dañar mi salud	No sé
1. Fumar			
2. Vigilar mis niveles de presión arterial			
3. Tener sobrepeso (unos kilos de más) porque eso ayuda a enfrentar cualquier enfermedad			
4. Hacer ejercicio de moderada intensidad, al menos durante 30 minutos al día			
5. Evitar consumir leche y alimentos derivados de la leche como yogurt, queso, etc.			
6. Comer 4 ó 5 frutas diariamente			
7. Comer pocos vegetales			
8. Hacerse el estudio de mamografía (radiografía de mamas) cada 10 años			
9. Evitar estar con la gente hasta que se pasen las molestias del climaterio			
10. Practicarse la detección de diabetes o azúcar en la sangre			
11. Buscar ayuda psicológica cuando se tienen sentimientos de tristeza o pensamientos negativos			
12. Preguntar al médico sobre mis riesgos personales de salud en esta etapa			

XI. EMPODERAMIENTO EN EL AUTOCUIDADO DURANTE LA ETAPA DE CLIMATERIO

INSTRUCCIONES: siempre lea a la mujer la frase En general creo que yo ... en seguida lea la frase numerada (en orden) y anote su respuesta con una cruz "X" en la casilla que mejor represente su acuerdo o su desacuerdo.

En general creo que yo:	Muy de acuerdo 5	De acuerdo 4	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	En desacuerdo 2	Muy en desacuerdo 1
1. Puedo identificar con qué acciones del cuidado de mi salud en el climaterio/menopausia estoy insatisfecha					
2. En relación a mi salud en el climaterio soy capaz de convertir mis metas en un plan de acción práctico y concreto					
3. Puedo hacer diferentes cosas para superar los obstáculos y lograr mis metas relacionadas con mi salud en el climaterio/menopausia					
4. Puedo encontrar maneras para sentirme bien durante el climaterio/menopausia					
5. Conozco maneras para enfrentar el estrés que me causa el climaterio/menopausia					
6. Conozco en dónde puedo encontrar apoyo para cuidar de mi salud durante el climaterio/menopausia					
7. Conozco lo que me ayuda a permanecer motivada para cuidar de mi salud durante el climaterio/menopausia					

8. Me conozco lo suficiente para tomar las decisiones que me convienen para el cuidado de mi salud durante el climaterio/menopausia					
---	--	--	--	--	--

XII. CUESTIONARIO DE LA SALUD DE LA MUJER (Versión: 23 y 2 módulos opcionales: conducta sexual y síntomas menstruales)

INSTRUCCIONES: En cada una de las siguientes preguntas, marque con una cruz "X" la respuesta que indique cómo se siente la mujer actualmente, o cómo se ha sentido en los ÚLTIMOS DÍAS, dentro de la casilla correspondiente:

En los ÚLTIMOS DÍAS:	Sí, siempre	Sí, a veces	No, casi nunca	No, nunca
1. Me despierto en la noche a cualquier hora y ya no duermo bien el resto de la noche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Me asusto mucho o siento pánico sin razón aparente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Me siento muy desdichada y triste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Me siento angustiada cuando salgo sola de casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. He perdido el interés en las cosas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Me dan palpitaciones en el pecho o siento cosquilleo en el estómago	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Aún disfruto de las cosas que siempre me han gustado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Siento que no vale la pena vivir la vida	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Me siento tensa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. Tengo buen apetito	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Tengo dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. Me siento más cansada que de costumbre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Tengo mareos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. Tengo dolor de espalda o de brazos y piernas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. Tengo bochornos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. Estoy más torpe que de costumbre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. Tengo náuseas o asco	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. Me siento bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. Tengo sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. Me cuesta trabajo dormirme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21. Me siento atractiva físicamente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. Me cuesta trabajo concentrarme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23. Tengo mala memoria	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Conducta Sexual. Módulo opcional.

Solo si actualmente la mujer tiene relaciones sexuales con su pareja, en cada una de las siguientes preguntas, marque con una cruz "X" la respuesta que indique cómo se siente la mujer actualmente, o cómo se ha sentido en el **ÚLTIMO MES**, dentro de la casilla correspondiente.

Si la mujer no tiene relaciones sexuales marque con una cruz todos los cuadros de "No aplicable".

En el ÚLTIMO MES :	Sí, siempre	Sí, a veces	No, casi nunca	No, nunca	No aplicable
24. He perdido el interés en la actividad sexual	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. Estoy satisfecha con mi vida sexual actual	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. Por la resequedad vaginal, las relaciones sexuales se han vuelto molestas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Síntomas Menstruales. Módulo opcional.

Solo si la mujer tiene sus periodos menstruales (regla) de forma natural o por tratamiento hormonal de reemplazo, en cada una de las siguientes preguntas, marque con una cruz "X" la respuesta que indique cómo se siente la mujer actualmente, o cómo se ha sentido **DURANTE EL ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL**, dentro de la casilla correspondiente.

Si la mujer ya no menstrua marque con una cruz todos los cuadros de "No aplicable".

DURANTE EL ÚLTIMO PERIODO MENSTRUAL:	Sí, siempre	Sí, a veces	No, casi nunca	No, nunca	No aplicable
27. Mis pechos me duelen o me molestan	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28. Tengo cólicos o malestar abdominal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
29. Tengo menstruaciones abundantes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30. Siento inflamado el bajo vientre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

XIII. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

INSTRUCCIONES: A continuación se encuentra una lista de afirmaciones en relación a los sentimientos y pensamientos que una mujer tiene sobre ella misma. Marque con una "X" la respuesta de la mujer para cada afirmación, dentro de la casilla correspondiente:

Afirmación	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mi misma.				
7. En general estoy satisfecha conmigo misma.				
8. Desearía valorarme más a mí misma.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy buena para nada.				

XIII: Preguntas adicionales: Relación con pareja

13.A ¿Su pareja la maltrata?
(No preguntar a mujeres sin pareja, pasar a pregunta 14.1)

- I _ I
 (0) No
 (1) Rara vez
 (2) Regularmente
 (3) Muchas veces
 (4) Siempre
 (5) No tiene pareja

13.B ¿Cómo la maltrata? I _ I
 (1) Verbalmente (insultos, descalificaciones, burlas)
 (2) La golpea
 (3) La controla con el dinero
 (4) Otro
 (Especifique) _____

XIII: Preguntas adicionales: Actividades del cuidador

13.C ¿Actualmente usted cuida hijos, nietos, una persona enferma o un adulto mayor ? I _ I

- (1) Si
 (2) No

13.D ¿A quién cuida?

Especifique _____

XIV. DATOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA	
INSTRUCCIONES: Encuestadora, tome las siguientes mediciones.	
14.1. Peso actual de la paciente (pesar a la paciente) _ _ _ _ _ _ Kg	14.2. Talla actual de la paciente (medir a la paciente) _ _ _ _ cm
14.3. Circunferencia de cintura (medir a la paciente) _ _ _ _ cm	14.4 Tensión arterial y frecuencia cardíaca (medir a la paciente) Presión arterial sistólica _ _ _ _ Presión arterial diastólica _ _ _ Frecuencia cardíaca _ _ _

Agradecemos su colaboración al responder esta encuesta.

XV. REGISTROS MÉDICOS		
INSTRUCCIONES: Encuestadora, revise el expediente médico electrónico y cartilla PREVENIMSS durante los últimos 3 años y anote 1 sí hay registro, 2 si no hay registro. Cuando haya registro escriba la fecha del último examen:		
15.1 Detección de cáncer de mama mediante examen clínico de mama	Registro en el expediente y/o en la cartilla PREVENIMSS (1) Sí _ _ (2) No	Fecha del último examen _ _ _ _ _ _ _ _ _ Día Mes Año
15.2 Detección de cáncer de mama mediante mastografía	Registro en el expediente y/o en la cartilla PREVENIMSS (1) Sí _ _ (2) No	Fecha del último examen _ _ _ _ _ _ _ _ _ Día Mes Año
15.3 Examen de Papanicolaou	Registro en el expediente y/o en la cartilla PREVENIMSS (1) Sí _ _ (2) No	Fecha del último examen _ _ _ _ _ _ _ _ _ Día Mes Año
15.4 Detección de diabetes (datos de glucosa plasmática en ayunas)	Registro en el expediente y/o en la cartilla PREVENIMSS (1) Sí _ _ (2) No En caso positivo anota el resultado del último examen _ _ _ _ mg/dl	Fecha del último examen _ _ _ _ _ _ _ _ _ Día Mes Año
15.5 Examen de colesterol en sangre	Registro en el expediente y/o en la cartilla PREVENIMSS (1) Sí _ _ (2) No En caso positivo anota el resultado del último examen _ _ _ _ mg/dl	Fecha del último examen _ _ _ _ _ _ _ _ _ Día Mes Año

Nombre y firma de la encuestadora:

MI PLAN DE ACCIÓN.

Fecha: | | | | | | | | | |
Día Mes Año

Para un mes

Yo _____ Y _____
Nombre Nombre de la enfermera

ESCALA DE SEGURIDAD



Hemos quedado de acuerdo que para mejorar mi salud debo:

A. ¡Mantenerme más activa físicamente!

Complete esta parte para la actividad que escogió:

A.1. Qué actividad

(Ejemplos: caminata rápida, natación, etc.)

A.2. Cuánto tiempo (minutos al día, a la semana)

A.3. Cuándo

(Ejemplo: lo voy hacer en la tarde después de regresar del trabajo)

A.4. Con qué frecuencia (a la semana)

(Ejemplo: lo voy hacer martes y viernes)

A.5. Escoja su nivel de seguridad (un número en una escala de 1 a 9; 1 nada segura y 9 muy segura)

Esto es lo segura que estoy de que podré cumplir con mi plan de acción:

B. ¡Hacer cambios en mi alimentación!

B.1. Agregar alimentos como _____

B.2. Cuántos alimentos

(Ejemplo: comer 3 frutas al día en lugar de una como acostumbro.)

B.3. Cuándo (durante el día)

(Ejemplo: en el desayuno comeré 1 ración de fruta y en la cena otra ración de fruta)

B. 4. Con qué frecuencia (veces a la semana)

(Ejemplo: lo haré todos los días de la semana) _____

B. 5. Escoja su nivel de seguridad (un número en una escala de 1 a 9; 1 nada segura y 9 muy segura)

Esto es lo segura que estoy de que podré cumplir con mi plan de acción:

B.6. Quitar alimentos como _____

B.7. Cuántos alimentos

(Ejemplo: en lugar de 8 tortillas comeré solo 3.)

B.8. Cuándo (durante el día)

(Ejemplo: comeré una tortilla en cada uno de mis tres comidas)

B.9. Con qué frecuencia (veces a la semana)

(Ejemplo: intentaré comer solo 3 tortillas cada día de la semana)

B.10. Escoja su nivel de seguridad (un número en una escala de 1 a 9; 1 nada segura y 9 muy segura)

Esto es lo segura que estoy de que podré cumplir con mi plan de acción. _____

¿Cómo puedo disminuir las molestias del climaterio y disminuir el riesgo de desarrollar problemas de salud?

- ✓ **Asista regularmente a consulta con su médico familiar.**
- ✓ **Conozca en qué consiste la etapa del climaterio.** Si la mujer comprende en qué consiste el climaterio, es más fácil que entienda que son cambios totalmente normales y por lo tanto lo acepte de manera positiva y se prepare mejor.
- ✓ **Dé a conocer a su pareja y seres cercanos en qué consiste el climaterio.** Si su pareja y las personas que la rodean también conocen las características del climaterio y sus factores de riesgo, así como las acciones que disminuyen esos riesgos, estarán en condiciones de comprenderla y sabrán cómo apoyarla mejor.
- ✓ **Mantenga un buen estado de ánimo** o, en su defecto, busque consejería terapéutica psicológica para aclarar sus sentimientos, temores, etcétera.
- ✓ **Deje de fumar.** Si necesita ayuda para dejar de fumar, hable con su médico.

¿Qué problemas de salud puede tener la mujer durante el climaterio?

- A. **Cambios en la menstruación:** Ciclos menstruales muy largos, abundantes o cortos; retrasos de la menstruación hasta que finalmente se detiene completamente.
- B. **Bochornos, sudores nocturnos a veces con palpitaciones, falta de sueño, ansiedad e irritabilidad.** Estos son síntomas vasomotores comunes del climaterio.
- C. **Sequedad y dolor vaginal, pérdida de interés sexual.** Estas son molestias debidas a la atrofia vaginal del climaterio, que causa una disminución de la lubricación vaginal durante las relaciones sexuales, estrechamiento y menor elasticidad de la vagina. Estos cambios pueden hacer que el coito se vuelva doloroso y provoque la irritación del clitoris, lo que ocasiona la pérdida del deseo sexual por temor al coito.
- D. **Depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, problemas para concentrarse y disminución de la autoestima.** Estos son trastornos psicológicos que frecuentemente tienen las mujeres durante esta etapa.
- E. **Mayor riesgo de fracturarse al caer o al sufrir un golpe.** Esto se debe a que durante el climaterio aumenta la fragilidad de los huesos. 2

- ✓ **Lleve una dieta saludable,** coma fruta, verdura y lácteos descremados (leche, queso, etc.), con bajo contenido de grasas). Procure no comer grasas, harinas ni azúcar.
- ✓ **Haga ejercicio físico** (caminata rápida) al menos 30 minutos diarios, procure hacerlo la mayoría de los días de la semana (o todos los días)
- ✓ **Baje de peso** si tiene sobrepeso y mantenga un peso ideal, eso es muy saludable.
- ✓ **Trate de tener buena comunicación** y mantener relaciones regulares con su pareja. Las mujeres sexualmente activas muestran menos sequedad vaginal (atrofia vaginal) que las inactivas.
- ✓ **Utilice lubricantes vaginales** en caso de sequedad vaginal y dolor al tener relaciones sexuales.
- ✓ **Consulte a su médico** sobre la posibilidad de tomar terapia hormonal u otras alternativas de tratamiento, en caso de tener bochornos o sudoraciones nocturnas frecuentes (más de 5 a 7 en el día) y que afecten las actividades normales de su vida diaria o si tiene dolor y/o sangrado al tener relaciones sexuales.



Este problema de salud se le llama osteoporosis y se puede detectar con pruebas específicas.

- F. **El aumento de la posibilidad de desarrollar las enfermedades crónicas** como diabetes (azúcar alta en sangre), hipertensión (presión elevada), obesidad (peso elevado), cáncer de mama (tumores dentro de las mamas), cáncer cervicouterino (tumores dentro de la matriz).



¿Cuáles son los principales factores que aumentan el riesgo de tener bochornos, sudores, irritabilidad y ansiedad?

Padecer alguna enfermedad crónica, tener obesidad o fumar están asociados a una mayor frecuencia o intensidad de estos síntomas vasomotores.



3



CLIMATERIO Y SUS SÍNTOMAS

Tu salud está en tus manos

¿Qué es la menopausia?

Es la terminación permanente de la menstruación y ocurre entre los 45 y 55 años de edad.

¿Qué es el climaterio?

Es una etapa en la vida de la mujer que abarca de 2 a 8 años antes y después de la última menstruación. El climaterio inicia entre los 40 y 55 años de edad y es cuando la mujer pasa de la etapa reproductiva [cuando puede tener hijos] a la no reproductiva.

¿Por qué es importante saber qué pasa durante el climaterio?

En esta etapa disminuye la producción de hormonas de los ovarios y aumenta el riesgo de presentar diferentes molestias y problemas de salud. Es importante conocerlos porque existen acciones para atenderlos y sentirse mucho mejor cuando se presentan.

¿Qué factores aumentan el riesgo de que una mujer desarrolle sequedad vaginal, dolor al tener relaciones sexuales y poco interés sexual?

- ➔ Factores biológicos, tales como: cambios en la condición hormonal y en respuesta sexual, y presencia de enfermedades crónicas.
- ➔ Hábitos nocivos, como la falta de ejercicio y el tabaquismo.
- ➔ Factores culturales como: creencias sobre la sexualidad de la mujer mayor y formas rígidas de actuar.
- ➔ Factores psicológicos, entre ellos: la experiencia sexual de cada mujer, su personalidad, nivel de estrés y cambios en su autoestima.
- ➔ Cambios negativos en la relación con la pareja como: falta de comunicación, y disfunción sexual con la pareja o falta de pareja.



4

Miriam de 50 años: " Ahora yo soy más consciente que nunca de mi propia capacidad y responsabilidad para cambiar el curso de mi vida y elegir la felicidad, la alegría, la paz y la salud, en lugar de esperar a que alguien o el destino lo haga. Camino diario (durante años no lo hice), y siento que mi energía y mi estado de ánimo son mejores con el ejercicio. Tengo nuevos pensamientos y conductas que me ayudan a cambiar mi estado de ánimo y sentirme bien. Si esto es la mediana edad, tengo otra mitad por delante y eso es un montón de tiempo para usar la sabiduría de lo que ya he vivido antes, para hacer la segunda mitad de mi vida mejor, más interesante y más alegre".

4. Manténgase en contacto con familiares y amigas. Las relaciones con familiares y amigas(os) son básicas para la salud. Durante el climaterio las mujeres necesitan de otras mujeres (familiares y amigas) con unas experiencias similares para compartir. Uno es más feliz cuando tiene cerca gente que nos entiende y apoya.



Los cambios en el cuerpo como la obesidad, las arrugas, los nuevos problemas de salud, la disminución de habilidades físicas y mentales, así como el temor al envejecimiento pueden provocar que las mujeres se sientan enfermas, devaluadas, inútiles y con temor de volverse innecesarias, envejecidas, sin atractivo sexual.

¿El climaterio y la menopausia tienen algunas ventajas?

Es una etapa en la que las mujeres tienen oportunidades para:

- ✓ Hacer cambios en su vida que les permitan darse más tiempo a sí mismas, a sentirse más tranquilas y a hacer actividades que disfruten. La madurez emocional y la estabilidad permiten promover el crecimiento interno y la autonomía.
- ✓ Tener una actividad sexual libre de las presiones de quedar embarazada, de tomar los anticonceptivos. La mujer madura tiene más experiencia y se siente sexualmente más tranquila y segura y eso le permite gozar más de las experiencias sexuales con su pareja.
- ✓ Utilizar más de su tiempo en cuidarse y mejorar su salud.

2

5. Haga y lleve a cabo sus planes de vida actual y futura.



¿Cómo hacer positiva la experiencia del climaterio y de la menopausia?

La actitud con la que una mujer vive el climaterio y la menopausia tiene un impacto muy importante en su salud y en su vida en general. Para ello recuerde:

1. Haga positivos sus pensamientos. Los estudios confirman que: las creencias y pensamientos negativos sobre el climaterio y la menopausia tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar de la mujer. Cuando una mujer teme y tiene pensamientos negativos acerca de los bochornos, éstos serán más intensos. Al contrario, los pensamientos positivos ayudan a disminuir los síntomas. Una manera de formar el hábito de tener emociones positivas es pensar y escribir todas las noches sobre tres cosas positivas que le pasaron durante ese día, y que la hacen sentirse bien. Si hace este ejercicio regularmente va a notar la diferencia, y aprenderá a disfrutar más las cosas; por ejemplo, verá más bonitos los días de invierno o primavera. La vida es muy hermosa y depende mucho de lo que uno hace para gozarla. El climaterio es una etapa que podemos aprovechar para aprender a disfrutar más la vida.

3



A partir de la menopausia, la mujer puede sentir importantes trastornos físicos y psicológicos, como depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, dificultades en la concentración y disminución de la autoestima.

¿Qué factores predisponen (pueden provocar) a los trastornos psicológicos durante climaterio y la menopausia?

Frecuentemente la menopausia lleva a pensar en el paso del tiempo, se recuerda la juventud, la maternidad, se siente inseguridad por los cambios y el futuro incierto. Es común que en la sociedad donde vivimos la juventud y la capacidad de tener hijos se valoren más que otros logros de la mujer y su experiencia.

El choque generacional con los hijos, la monotonía o los problemas con la pareja, las muertes de familiares o de amigos, las presiones económicas y profesionales, dificultan esta etapa de vida.



2. La sonrisa nos acerca a la gente, nos mueve hacia pensamientos más positivos, puede estimular las defensas naturales de nuestro cuerpo y disminuir el estrés. La sonrisa es una gran ayuda durante la menopausia.



3. Encuentre tiempo para sí misma, para mantener y mejorar su salud. Haga ejercicio, coma alimentos saludables y realice técnicas de relajación. Estas prácticas saludables ayudan reducir el estrés, el cual es dañino para la salud. Es muy motivador ser capaz de cambiar el estilo de vida, al hacer ejercicio físico regular y llevar una BUENA alimentación. Esto contribuye a su futura salud física y mental. Por ejemplo, puede caminar con pasos rápidos durante 30 minutos diariamente, también puede practicar yoga, la cual aumenta la relajación muscular, calma la mente, fomenta las emociones positivas, el aprendizaje, la concentración, la creatividad, puede reducir los síntomas como bochornos, insomnio y el dolor.



4

Cómo puedo disminuir mi riesgo de desarrollar diabetes?

- ✓ Asista regularmente a consulta con su médico familiar.
- ✓ Si tiene intolerancia a la glucosa o múltiples factores de riesgo, realice su prueba de detección de diabetes cada año. Cada dos años si tiene riesgo bajo de desarrollar diabetes (2 o menos factores de riesgo).
- ✓ Haga ejercicio físico (caminata rápida), al menos 30 minutos diarios. Procure hacerlo la mayoría de los días de la semana.
- ✓ Lleve una alimentación que es enriquecida con fruta, verdura, leche y otros productos lácteos bajos en grasa, evite dulces y refrescos.



Más de 8 millones de mexicanos padecen diabetes. Esta enfermedad ocasiona la muerte de muchas personas, es la tercera causa de mortalidad en el Distrito Federal y la cuarta en el país. Las personas que sufren diabetes y tienen azúcar alta, sufren incapacidad temporal o invalidez permanente y de complicaciones crónicas como: daño a los riñones, ceguera, amputaciones de los pies, infarto del miocardio y enfermedad isquémica del corazón e infarto cerebral.

Auto-evaluación del riesgo personal para desarrollar diabetes tipo 2

Factor de riesgo ¿Qué significa este factor de riesgo?	¿Este riesgo se aplica a mí?
La edad. El riesgo de la diabetes tipo 2 aumenta con la edad. De los 45 años en adelante la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 es mayor.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Diabetes durante un embarazo previo o hijos con peso al nacimiento mayor de 4kg. Si usted ha tenido diabetes durante un embarazo o sus hijos nacieron con peso mayor de 4kg, tiene un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares de diabetes. Tener un familiar con diabetes incrementa las probabilidades de desarrollar esta enfermedad.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>

2

Cómo sé si tengo diabetes?

Los primeros síntomas de la diabetes pueden incluir los siguientes:

- Sed extrema.
- Hambre extrema.
- Ganas de orinar frecuentemente.
- Llagas o moretones que se curan lentamente.
- Piel seca y con comezón.
- Pérdida de peso sin alguna explicación. Visión borrosa que cambia día a día.
- Cansancio o somnolencia inusual.
- Hormigueo o adormecimiento en las manos o los pies.
- Infecciones frecuentes en la piel, las encías, la vejiga, en la vagina, etc.

Si tiene uno o más de estos síntomas acuda a su médico familiar lo antes posible.



Trastorno en la tolerancia a la glucosa. Las personas con intolerancia a la glucosa llamados pre-diabéticos, tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial (de 140/90 mm Hg o más). Si usted tiene presión arterial elevada, tiene mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en comparación con las mujeres con presión arterial normal.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Obesidad. Si usted es obesa (circunferencia de cintura mayor a 90 cm), tiene mayor el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en comparación con las mujeres con peso normal.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Inactividad física. La falta de actividad física predispone al desarrollo de diabetes tipo 2. Al contrario, la actividad física protege contra la diabetes.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Consumo de dieta con alto contenido de carbohidratos (azúcares). La dieta con alto contenido de azúcares y grasas, aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2; al contrario la dieta con alto contenido de fruta, verdura y productos lácteos bajos en grasa, reduce el riesgo de desarrollar diabetes.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Sume el total de puntos y anótelo	<input type="checkbox"/>

3



QUÉ ES DIABETES TIPO 2

¿Qué es el riesgo de desarrollar una enfermedad?

Es la posibilidad de desarrollar una determinada enfermedad durante la vida.

¿Qué es un factor de riesgo?

Es cualquier factor que aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle cierta enfermedad en su vida. Existen factores de riesgo que pueden controlarse (como alimentación) y otros que no (como la edad y los antecedentes familiares).

¿Qué es diabetes?

Es una enfermedad crónica (dura toda la vida), caracterizada por altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre. Se desarrolla cuando el cuerpo no fabrica suficiente cantidad de una hormona llamada insulina, o si el cuerpo no usa la insulina de forma correcta. La diabetes es una enfermedad silenciosa porque no duele. La diabetes tipo 2 es la forma más común de esta enfermedad.

Cuál es mi riesgo de desarrollar diabetes?

<p>Riesgo bajo Puntaje total de 2 ó menos</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo bajo para desarrollar diabetes (Riesgo bajo, menos de 35 mujeres de cada 100, pueden desarrollar diabetes)</p>
<p>Riesgo moderado Puntaje total de 3 ó 4</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo moderado para desarrollar diabetes (Riesgo moderado, 50 mujeres o más de cada 100, pueden desarrollar diabetes)</p>
<p>Riesgo alto Puntaje total de 5 ó más</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo alto para desarrollar diabetes (Riesgo alto, 75 mujeres o más de cada 100, pueden desarrollar diabetes)</p>

4

¿Cuál es mi riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular?

<p>Riesgo bajo Puntaje total de 2 ó menos</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo bajo para desarrollar enfermedad cardiovascular</p> <p>(Riesgo bajo, menos de 35 mujeres de cada 100, pueden desarrollar enfermedad cardiovascular)</p>
<p>Riesgo moderado Puntaje total de 3 ó 4</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo moderado para desarrollar enfermedad cardiovascular</p> <p>(Riesgo moderado, 50 mujeres o más de cada 100, pueden desarrollar enfermedad cardiovascular)</p>
<p>Riesgo alto Puntaje total de 5 ó más</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo alto para desarrollar enfermedad cardiovascular</p> <p>Riesgo alto, 75 mujeres o más de cada 100, pueden desarrollar enfermedad cardiovascular)</p>

5

¿Cómo puedo disminuir mi riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular?

- ✓ Asista regularmente a consulta con su médico familiar para revisar su presión arterial, colesterol y azúcar en la sangre.
- ✓ Deje de fumar, hable con su médico si necesita ayuda para dejar de fumar.
- ✓ Lleve una alimentación saludable, coma fruta, verdura y lácteos descremados (bajos en grasa: leche, queso, etc.).
- ✓ Haga ejercicio físico (caminata rápida), al menos 30 minutos diarios. Procure hacerlo la mayoría de los días de la semana.
- ✓ Baje de peso si tiene sobrepeso y mantenga un peso ideal, es saludable.



6



ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

QUÉ ES IMPORTANTE SABER

¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?

Las enfermedades cardiovasculares se refieren a todo tipo de enfermedades que afectan al sistema cardiovascular, como el corazón o los vasos sanguíneos (arterias y venas).

Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes son: enfermedad de la arteria coronaria (angina del pecho), infarto agudo de miocardio (ataque de corazón), aterosclerosis (acumulación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos).

Muchas mujeres piensan que las enfermedades cardiovasculares son un problema de hombres, sin embargo, estas enfermedades también afectan a mujeres.

En México las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte en mujeres mayores de 50 años.

1

¿Qué es el riesgo de desarrollar una enfermedad?

Es la posibilidad de desarrollar una determinada enfermedad durante la vida.
¿Qué es un factor de riesgo?
Es cualquier factor que aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle cierta enfermedad en su vida.

Auto-evaluación del riesgo personal para enfermedad cardiovascular

Factor de riesgo ¿Qué significa este factor de riesgo?	¿Este riesgo se aplica a mí?
La edad (mayor de 45 años en el hombre y mayor a 55 años a las mujeres). Después de la menopausia las mujeres se encuentran en mayor riesgo de padecer de una enfermedad cardiovascular. Se cree que los menores niveles de estrógeno (hormona femenina) durante y después de la menopausia aumentan este riesgo.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. Tener un familiar con enfermedad cardiovascular, especialmente enfermedad cardiovascular prematura (varones menores a 55 años y mujeres menores de 65), duplica sus probabilidades de desarrollar esta enfermedad, si además tiene dos familiares con diabetes, las cuadruplica.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>

2

Tabaquismo. Si usted fuma, tiene 2 veces mayor el riesgo de desarrollar alguna de las enfermedades cardiovasculares en comparación con las mujeres que no fuman.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Nivel alto de colesterol. Colesterol es un tipo de grasa que se puede acumular en las paredes de los vasos sanguíneos y obstruir el flujo de sangre. Se ha encontrado que la elevación de colesterol (en particular los niveles de LDL-colesterol) es una de las principales causas de angina del pecho e infarto al miocardio.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial. Si usted es hipertensa (presión arterial elevada: presión sistólica igual o mayor a 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual a 80 mmHg), tiene 3 veces mayor el riesgo de desarrollar alguna de las enfermedades cardiovasculares en comparación con las mujeres con presión arterial normal.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Diabetes. Si usted padece diabetes, tiene 2 veces mayor el riesgo de desarrollar alguna de las enfermedades cardiovasculares en comparación con las mujeres que no tienen diabetes. Se estima que entre 7 y 8 de cada 10 personas con diabetes mueren por problema cardiovascular.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>

3

Obesidad. Si usted es obesa (circunferencia de cintura mayor a 90 cm), tiene 3-4 veces mayor el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en comparación con las mujeres de un peso normal. Se ha encontrado que 3 de cada 10 mexicanas son obesas.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Inactividad física. La falta de actividad física predispone al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. No hacer ejercicio físico incrementa 2 veces el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Al contrario, la actividad física protege contra enfermedades cardiovasculares: entre las mujeres que caminaron unos 30 minutos por día se observó una reducción de 20 hasta 30% de riesgo de enfermedades cardiovasculares.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Consumo de alimentación con alto contenido de grasas. La dieta con alto contenido de grasas aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares; al contrario, la dieta con alto contenido de fruta, verdura, productos lácteos con bajo contenido de grasas y pocos carbohidratos reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Suma el total de puntos y anótelos	<input type="checkbox"/>

4

¿Cómo puedo disminuir mi riesgo de desarrollar cáncer de mama?

-  Asista regularmente a consulta con su médico familiar y pida la revisión de sus senos (puede solicitarlo a una enfermera o a una médica).
-  Realice una mastografía o mamografía cada dos años o antes si se lo indica el médico.
-  Realice ejercicio físico-aeróbico (caminata rápida) 30 a 60 minutos cada día, procure hacerlo la mayoría de los días de la semana.
-  Disminuya el consumo de bebidas alcohólicas.
-  Lleve una alimentación enriquecida, coma fruta, verdura y lácteos descremados (bajos en grasa: leche, queso, etc.).
-  Consulte a su médico cuando encuentre: una "bolita" en o cerca de su pecho o debajo del brazo. Un engrosamiento o dureza en o cerca de su pecho o debajo del brazo. Salida de líquido o secreción del pezón o cuando note que el pezón se sume (pezón introducido o invertido). Cambios en los senos como picazón, un enrojecimiento de la piel, escamas, hoyuelos, arrugamientos, en el tamaño o la forma del seno.

5



CÁNCER DE MAMA
QUÉ ES IMPORTANTE SABER

¿Qué es cáncer de mama?
Es el crecimiento anormal, no controlado de células de las mamas (senos). Es el tipo de cáncer más frecuente y es la causa principal de fallecimientos en las mujeres. Una de cada 9 mujeres desarrolla un cáncer de mama a lo largo de su vida.

¿Qué es el riesgo de desarrollar una enfermedad?
Es la posibilidad de desarrollar una determinada enfermedad durante la vida.

¿Qué es un factor de riesgo?
Es cualquier factor que aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle cierta enfermedad en su vida. Existen factores de riesgo que pueden controlarse (como alimentación) y otros que no (como la edad y los antecedentes familiares).



6

1

Auto-evaluación del riesgo personal para desarrollar cáncer de mama

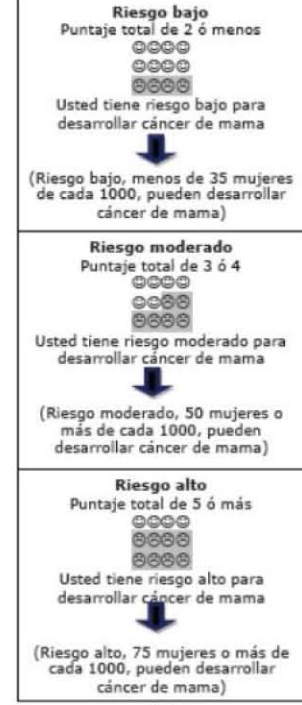
Factor de riesgo ¿Qué significa este factor de riesgo?	¿Este riesgo se aplica a mí?
La edad. El riesgo de desarrollar cáncer de mama o seno se incrementa con la edad, de los 40 años en adelante la probabilidad de desarrollar cáncer invasor es mayor. El riesgo es todavía mayor después de la menopausia.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Antecedente personal de cáncer de mama. Si usted ha tenido cáncer en una mama, tiene un mayor riesgo de desarrollar cáncer en la otra mama.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares de cáncer de mama. Si su madre, hermana o hija ha tenido cáncer de mama (especialmente antes de los 40 años de edad), usted va a tener un riesgo mayor (50 % superior) que otra mujer sin estos antecedentes familiares. Habiendo otros familiares con cáncer de mama (ya sea de lado de su madre o del lado de su padre) también puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de mama.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Primer regla temprana. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta si comenzó a reglar (menstruar) antes de los 12 años de edad.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Primer embarazo después de los 30 años. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta si tuvo su primer embarazo después de los 35 años de edad o nunca se ha embarazado.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>

2

Menopausia tardía. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta si llegó a la menopausia (la última regla) después de los 55 años de edad.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Radioterapia. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta si recibió algún tratamiento con radiación en el pecho antes de los 30 años.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Alta densidad del seno en mastografía. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta si en su estudio de mastografía o mamografía se reporta alta densidad de tejidos.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Tratamiento hormonal por 5 ó más años. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta si ha recibido terapia de reemplazo hormonal durante 5 o más años, ya sea estrógeno solo o estrógeno más progestina.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Obesidad. Si usted es obesa después de la menopausia, tiene mayor el riesgo de desarrollar cáncer de mama en comparación con las mujeres con peso normal.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Inactividad física. La falta de ejercicio facilita el desarrollo de cáncer de mama. La actividad física protege contra el cáncer de mama (se observó a mujeres posmenopáusicas que caminaron 30 minutos por día, en ellas se redujo un 20 % el riesgo de cáncer de mama).	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Consumo excesivo de alcohol. Tomar dos o más bebidas alcohólicas al día aumenta el riesgo de cáncer de mama (25% más).	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Suma el total de puntos y anótelos	<input type="checkbox"/>

3

¿Cuál es mi riesgo de desarrollar cáncer de mama?



4

¿Cómo puedo disminuir mi riesgo de desarrollar cáncer cervical?

- ✓ Evite múltiples y ocasionales compañeros sexuales.
- ✓ Use el preservativo en relaciones con compañeros sexuales ocasionales, para prevenir el contagio de virus del papiloma humano o del SIDA.
- ✓ Hágase el examen del Papanicolaou por lo menos una vez cada 3 años para verificar cambios en las células, detectar la presencia del virus de papiloma humano y de otros daños antes de desarrollar cáncer cervical.
- ✓ Usted no puede cambiar su edad. Sin embargo, si usted sabe que aumenta el riesgo de cáncer cervical a medida que incrementa su edad, usted debe practicarse regularmente el examen del Papanicolaou.



5

¿Hasta qué edad debo hacerme el examen del Papanicolaou?

Si usted ha tenido una histerectomía (cirugía para extirpar el útero y cuello uterino) no es necesario tener una prueba de Papanicolaou, a menos que la cirugía se haya realizado como tratamiento para las lesiones precancerosas o por el cáncer.

Si usted tiene de 65 a 70 años de edad y ha tenido al menos 3 pruebas de Papanicolaou normales y ninguna anormal de Papanicolaou en los últimos 10 años, su médico puede decidir que usted puede dejar de tener pruebas de Papanicolaou.



6



¿Qué es cáncer cervical?

Es el crecimiento anormal, no controlado de células de la matriz (del útero), especialmente en la porción llamada cuello o cérvix uterino, es el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres. En América Latina más de 30 mujeres de cada 100 000, desarrollan cáncer de cuello uterino a lo largo de su vida, de ellas, 8 mujeres mueren.

¿Qué es el riesgo de desarrollar una enfermedad?

Es la posibilidad de desarrollar una determinada enfermedad durante la vida.

¿Qué es un factor de riesgo?

Es cualquier factor que aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle cierta enfermedad en su vida. Existen factores de riesgo que pueden controlarse (como alimentación) y otros que no (como la edad y los antecedentes familiares).

1

Auto-evaluación del riesgo personal para desarrollar cáncer cervical

Factor de riesgo ¿Qué significa este factor de riesgo?	¿Este riesgo se aplica a mí?
El virus de papiloma humano. El principal factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino es encontrar lesiones por el virus del papiloma humano en la revisión o exámenes de la mujer.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
La edad. Si usted tiene más de 40 años, ha alcanzado el grupo de edad en la que el cáncer del cuello uterino se produce con más frecuencia.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Múltiples u ocasionales compañeros sexuales. Usted se encuentra en mayor riesgo de contraer el virus del papiloma humano y consecuentemente cáncer de cuello uterino si usted ha tenido más de una pareja sexual o si su pareja sexual ha tenido otras parejas.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Disminución de las defensas del sistema inmune por el virus que causa el SIDA o algunos. Si usted tiene el VIH o si está tomando medicamentos que suprimen el sistema inmune, tiene riesgo más alto de	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>

2

desarrollar cáncer de cuello uterino.	
Falta de pruebas de Papanicolaou regulares. El cáncer cervical en etapas avanzadas (cuando no se puede tratarse) es más frecuente en las mujeres que no se hacen la prueba de Papanicolaou regularmente.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Tabaquismo. Si usted tiene una infección por virus de papiloma humano y fuma cigarrillos, puede tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino que las mujeres con una infección de virus del papiloma humano que no fuman.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Píldoras anticonceptivas. Si usted tiene una infección por virus del papiloma humano y ha tomado píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo (5 años o más), puede tener un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino que las mujeres sin una infección por el virus de papiloma humano que utilizan píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Sume el total de puntos y anótelos	<input type="checkbox"/>

3

¿Cuál es mi riesgo de desarrollar cáncer cervical?



4

¿Cómo puedo disminuir mi riesgo de desarrollar osteoporosis?

- ✓ Asista regularmente a consulta con su médico familiar.



- ✓ Deje de fumar, hable con su médico si necesita ayuda para dejar de fumar.



- ✓ Haga ejercicio físico (caminata rápida) al menos 30 minutos diarios, procure hacerlo la mayoría de los días de la semana (o todos los días)



- ✓ Lleve una alimentación enriquecida en calcio.
- ✓ Antes de la menopausia usted necesita aproximadamente un gramo diario de calcio.
- ✓ Después de la menopausia usted necesita 1.5 gramos de calcio cada día.
- ✓ Usualmente es mejor tratar de obtener el calcio a partir de los alimentos.
- ✓ Los productos lácteos sin grasa son buenas fuentes de calcio. Otras fuentes de calcio incluyen granos secos, sardinas y brócoli.



5



6

OSTEOPOROSIS

QUÉ ES IMPORTANTE SABER



¿Qué es osteoporosis?

La osteoporosis significa "hueso poroso", es una enfermedad caracterizada por una disminución en la densidad y calidad de los huesos. A medida que los huesos se hacen más porosos y frágiles, el riesgo de fractura (de la muñeca, columna y cadera) aumenta considerablemente. La pérdida de hueso se produce de forma "silenciosa" y progresiva. No hay síntomas, hasta que se produce la primera fractura. La mujer también puede irse encogiendo con el tiempo porque la osteoporosis puede hacer que las vértebras (los huesos de su columna) se aplasten. Estos problemas tienden a ocurrir después de que ya se ha perdido una cantidad grande de calcio en los huesos.

¿Qué es el riesgo de desarrollar una enfermedad?

Es la posibilidad de desarrollar una determinada enfermedad durante la vida.

¿Qué es un factor de riesgo?

Es cualquier factor que aumenta la posibilidad de que una persona desarrolle cierta enfermedad en su vida

1

Auto-evaluación del riesgo personal para desarrollar osteoporosis

Factor de riesgo ¿Qué significa este factor de riesgo?	¿Este riesgo se aplica a mí?
La edad. El riesgo de osteoporosis aumenta con la edad. A partir de los 35 años se inicia la pérdida de pequeñas cantidades de hueso. Se estima que la osteoporosis afecta a una de cada cinco mujeres de más de 45 años, a 1 de 3 mujeres de más de 50 años y a cuatro de cada diez de más de 75 años.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
La menopausia es la causa principal de osteoporosis en las mujeres, debido a la disminución de los niveles de estrógenos. La pérdida de estrógenos por la menopausia o por la extirpación quirúrgica de los ovarios, ocasiona una rápida pérdida de hueso.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares de fracturas osteoporóticas. Tener un familiar (madre, hermana, abuela) con osteoporosis o fracturas después de los 45 años aumenta sus probabilidades de desarrollar osteoporosis.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Antecedentes personales de fracturas. Tener fracturas durante la vida aumenta el riesgo de desarrollar osteoporosis.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>

2

Algunos medicamentos como el uso prolongado de corticosteroides también aumentan el riesgo de desarrollar osteoporosis.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Enfermedades como, enfermedad tiroidea, artritis reumatoide y enfermedades que bloquean la absorción intestinal de calcio, como la enfermedad hepática crónica, enfermedad intestinal inflamatoria incrementan la pérdida de hueso ocasionando osteoporosis y fracturas.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Tabaquismo. Entre las mujeres posmenopáusicas, las fumadoras pierden hueso cortical 50 por ciento más rápido que las no fumadoras.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Dieta pobre en calcio y con alto contenido de cafeína y de bebidas carbonatadas de cola. Este tipo de dieta aumenta más de 3 veces el riesgo de desarrollar osteoporosis.	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Vida sedentaria. La falta de actividad física predispone al desarrollo de osteoporosis. No hacer ejercicio físico incrementa el riesgo de osteoporosis hasta 2 ó 3 veces. Las mujeres que hacen ejercicio físico muestran mejoría en la densidad ósea (pierdan menos o aumentan calcio).	Si=1 No=0 <input type="checkbox"/>
Suma el total de puntos y anótalo	<input type="checkbox"/>

3

¿Cuál es mi riesgo de desarrollar osteoporosis?

<p>Riesgo bajo Puntaje total de 2 ó menos</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo bajo para desarrollar osteoporosis</p> <p>↓</p> <p>(Riesgo bajo, menos de 35 mujeres de cada 100, pueden desarrollar osteoporosis)</p>
<p>Riesgo moderado Puntaje total de 3 ó 4</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo moderado para desarrollar osteoporosis</p> <p>↓</p> <p>(Riesgo moderado, 50 mujeres o más de cada 100, pueden desarrollar osteoporosis)</p>
<p>Riesgo alto Puntaje total de 5 ó más</p> <p>○○○○○ ○○○○○ ○○○○○</p> <p>Usted tiene riesgo alto para desarrollar enfermedad osteoporosis</p> <p>↓</p> <p>(Riesgo alto, 75 mujeres o más de cada 100, pueden desarrollar osteoporosis)</p>

4

¿A qué equivale una ración (porción)?
Una porción o ración equivale a la cantidad de cierto alimento que se ingiere, la ración varía en cantidad y peso según el alimento.

1 ración de fruta/40kcal corresponde a:

- 1 taza de frutas picada o
- 1 fruta de tamaño mediano, o
- 3 piezas de fruta chica (ciruela, tejocote, guayaba), o
- ½ taza de la fruta enlatada o
- ½ de taza de jugo o
- ¼ de taza de fruta deshidratada (pasas, ciruelas, etc.)

1 ración de verduras /28kcal corresponde a:

- 1 taza de verduras picadas crudas o cocidas de espinaca, acelga, pepinos, champiñones, calabacitas, coliflor, brócoli
- 1 taza de hojas de las verduras o
- 1 taza (100 gramos) de zanahoria o
- ¼ de taza de jugo de verdura

1 ración de leguminosas/105kcal corresponde a:

- ½ taza de frijoles, habas, lentejas cocidas o chicharos frescos

1 ración de cereal /70kcal corresponde a:

- 1 rebanada de pan de "caja" o
- ½ bolillo o
- ½ pieza (25 gramos) de pan para hamburguesa o
- 1 tortilla de maíz o de harina o 1 crepa, etc. o
- ½ taza de cereales para el desayuno (hojuelas de avena) o
- ½ taza de arroz cocido o
- ½ taza de pasta cocida o
- ½ taza (50 gramos) de papa cocida (1 papa mediana)

5

1 ración de carne/75kcal corresponde a:

- 30 gramos de pavo, pollo, cerdo, conejo res o
- 30 gramos de pescado o
- un huevo

1 ración de lácteos/145kcal corresponde a:

- 1 taza o vaso (200 gramos) de leche entera, semidescremada, descremada o
- 1 taza (200 gramos) de yogurt entero o semidescremado o
- 50 gramos de queso fresco o
- 50 gramos de requesón

1 ración de grasas/45kcal corresponde a:

- 1 cucharadita de aceite o
- 1 cucharadita de mantequilla o
- 1 cucharadita de margarina o
- 1 cucharada sopera de crema o
- 1 cucharada de aderezo o
- 1 cucharadita de mayonesa o
- 5 aceitunas



6

ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO DURANTE LA ETAPA DE CLIMATERIO

¿Qué tipo de ejercicio y qué cantidad debo hacer para mantener y mejorar mi salud?

Se recomienda realizar:

a) El ejercicio físico-aeróbico de intensidad moderada durante 30-45 minutos en la mayoría de los días (4 días o más) de la semana o al menos 150 minutos a la semana. El ejercicio físico moderado es aquella actividad física que requiere un esfuerzo físico moderado que la hace respirar algo más intensamente de lo normal y aumenta la frecuencia del ritmo cardíaco y provoca sudoración. Los ejemplos de ejercicio físico moderado son: caminata rápida, bicicleta, natación, baile, etc.

b) Y/o el ejercicio físico-aeróbico vigoroso por lo menos 90 minutos por semana. El ejercicio físico-aeróbico vigoroso es aquella actividad física que requiere gran esfuerzo físico que la hace respirar intensamente, más de lo normal y aumenta la frecuencia del ritmo cardíaco y provoca una sudoración profunda (correr, jugar fútbol, etc.).

1

Esta cantidad de ejercicio físico-aeróbico es la mínima cantidad recomendada y es adicional a las actividades de la vida diaria, como los de auto-cuidado y de trabajo doméstico (cocinar, hacer compras, arreglar la cama, lavar trastes, etc.) y a las actividades físicas de corta duración menos de 10 minutos (caminar a un mandado, del estacionamiento a la oficina, etc.)

¿Cómo se recomienda iniciar el ejercicio físico?

Cada sesión de ejercicio físico se recomienda iniciarla con un calentamiento durante los primeros 5 minutos (por ejemplo, una caminata lenta) antes de pasar a la intensidad moderada (caminata rápida de 20 minutos) y se termina con el enfriamiento (caminata lenta de 10 minutos).

Las personas que antes no hacían ejercicio físico deben empezar con ejercicio físico de menor duración e intensidad para ir aumentándolo progresivamente.



2

¿Cuáles son las contraindicaciones para ejercicio físico aeróbico?

Las contraindicaciones para realizar ejercicio físico son: los cambios recientes en electrocardiograma o infarto al miocardio reciente, angina inestable, arritmias descontroladas, bloqueo del corazón del tercer grado, insuficiencia cardíaca aguda.

¿Qué mujeres requieren programas específicos de ejercicio físico, que se realicen bajo el control de personal de salud?

Las mujeres con presión arterial elevada (mayor a 160/100 mmHg), enfermedades del corazón descontroladas, requieren programas específicos de ejercicio físico, se realizan bajo el control de personal de salud.



3

¿Qué puedo hacer cuando no tengo tiempo para realizar el ejercicio físico diariamente?

Sustituya el tiempo para ver programas de televisión para otorgarlo a una actividad física.

Suba por escaleras en vez del elevador. Camine o ande en bicicleta en vez de tomar un autobús, metro o coche.

Realice ejercicio físico por lo menos durante 150 minutos a la semana, durante los días menos ocupados (por ejemplo los de descanso laboral como sábado y domingo).



¿Qué es una alimentación saludable para una mujer en la etapa de climaterio?

Es una alimentación enriquecida en fruta, verdura, productos lácteos bajos en grasa y con bajo contenido de sodio y azúcares. Contiene en un día: 3-4 raciones de frutas, 4-5 raciones de vegetales, 3 raciones de lácteos, así como 5-6 raciones de cereales, 1 ración de carne, 24 gr de aceites y 2.7 litros de líquidos (no azucarados).

4



Atención integral de las mujeres en la etapa de climaterio.

Información para los médicos

¿Qué es el climaterio?

Es una etapa en la vida de la mujer que abarca de 2 a 8 años antes y después de la menopausia. Esta etapa inicia entre los 40 y 55 años de edad.

¿Qué cambios enfrenta la mujer durante el climaterio?

- Trastornos en la menstruación**
- Síntomas vasomotores:** bochornos, sudor nocturno acompañados o no con palpitaciones, insomnio, ansiedad e irritabilidad.
- Síntomas de atrofia vaginal:** sequedad vaginal y dispareunia, (por disminución de la lubricación y menor elasticidad de las paredes vaginales).
- Trastornos psicológicos:** ansiedad, irritabilidad, insomnio, dificultades en la concentración y depresión.
- Osteoporosis,** la cual incrementa el riesgo de fracturas en las mujeres al caer sufrir un golpe.

¿Cuáles son los criterios de intensidad de los síntomas climatéricos?

Services Food and Drug Administration considera:

Síntomas vasomotores.

- Leves** a la sensación de calor sin sudoración.
- Moderados** a la sensación de calor con sudoración, que no impide las actividades de la vida diaria de la mujer.
- Severos** a la sensación de calor con sudoración que provoca interrupción de las actividades de la vida diaria de la mujer.

Síntomas de atrofia vaginal.

- Leves** si la sequedad vaginal y/o dispareunia están ausentes o son mínimos de acuerdo al auto-reporte de la mujer.
- Moderados** si la sequedad vaginal y/o dispareunia provocan molestias de intensidad mediana.
- Severos** si la sequedad vaginal y/o dispareunia son muy molestos o considerables, como sangrado vaginal asociado con relaciones sexuales.

¿Cuáles son las contraindicaciones para una terapia hormonal?

- Antecedentes de cánceres estrógeno-dependiente: de mama, uterino, de ovario o de endometrio (presente, pasado o sospechoso).
- Sangrado vaginal no diagnosticado.
- Hiperplasia endometrial sin tratamiento.
- Antecedentes de tromboembolismo venoso.

F. Aumento del riesgo de enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino.

G. Cambios sociales: choque generacional con los hijos, la monotonía o la deficiente relación de pareja, los decesos de familiares y amigos, etc.

A estos cambios se suma el poco conocimiento de las mujeres acerca del climaterio, lo cual se refleja en su escasa participación en programas de detección y en su estilo de vida poco saludable como el sedentarismo, baja ingesta de fruta, verdura y alimentos ricos en calcio, que en conjunto impiden una mejor salud y calidad de vida.

Atención integral de las mujeres en etapa de climaterio con un enfoque de empoderamiento

Es la atención otorgada en forma colaborativa por un equipo de salud conformado por un médico familiar, una enfermera, una psicóloga y con la participación activa de la mujer. La atención integral se otorga con el liderazgo de la enfermera para articular a los integrantes del equipo, para promover acciones preventivas e incorporar estrategias cognitivo-conductuales, como asesoría individualizada y grupal.

1

5) Antecedentes de enfermedades tromboembólicas arteriales (infarto del miocardio, angina inestable).

6) Hipertensión arterial descontrolada y sin tratamiento.

7) Enfermedad hepática aguda o antecedentes de enfermedad hepática mientras no se normalicen las pruebas de la función hepática.

8) Hipersensibilidad a los estrógenos o a la progesterona.

9) Porfiria. 10) Embarazo y lactancia.

¿Cuáles son los posibles efectos adversos de la terapia hormonal?

1) Aumento de riesgo de tromboembolismo venoso (TV): 2 casos adicionales de TV por cada 10,000 mujeres por año con la terapia de estrógenos para mujeres menores de 60 años y 11 casos adicionales de TV por cada 10,000 mujeres por año con la terapia de estrógenos-progesterona independientemente de la edad.

2) Aumento de riesgo para evento cerebrovascular agudo (ECVA): 1 caso adicional por cada 10,000 mujeres por año con la terapia de estrógenos en mujeres menores de 60 años y 3 casos adicionales de ECVA por cada 10,000 mujeres por año con la terapia de estrógenos-progesterona en mujeres menores de 60 años de edad.

3) Aumento de riesgo del cáncer de mama (CM): 4-6 casos adicionales de por cada 10,000 mujeres por año con la terapia de estrógenos-progesterona durante 5 años o más; ausencia de riesgo

¿En que consiste la asesoría de las mujeres con un enfoque de empoderamiento?

A través de asesoría individualizada y de la grupal se estimula la capacidad de las mujeres para el auto-cuidado de su salud, desde sus experiencias se les apoya para problemas de salud (necesidades), a establecer metas relacionadas con el auto-cuidado, a identificar obstáculos personales y sociales, sopesar soluciones (considerar sus posibles consecuencias) y tomar decisiones apropiadas para el auto-cuidado.

¿Cuáles son las indicaciones para prescribir tratamiento hormonal a una mujer en etapa de climaterio?

Se recomienda prescribir la **terapia hormonal con estrógenos, con o sin progestágenos, o terapia hormonal con andrógenos**, a mujeres con síntomas vasomotores frecuentes (más de 5 al día) y de intensidad moderada o severa, así como a las mujeres con síntomas vaginales de intensidad moderada o severa, que no tienen contraindicaciones y acepten este tratamiento previa información.

de CM para las mujeres con monoterapia de estrógenos.

4) Aumento de riesgo de hiperplasia endometrial y sangrados irregulares cuando los estrógenos se administran en forma aislada sin progestágenos.

5) Aumento del riesgo para litiasis biliar entre 1.5 y 2 veces.

¿Cuáles son los esquemas recomendados de terapia hormonal?

***Tratamiento hormonal en dosis terapéuticas bajas por periodos de 4 a 6 meses y no más de 2 años:**

- Estrógenos conjugados 0.3 mg/día con o sin progestágenos dependiendo si la mujer presentó o no menopausia establecida.
- 17β-Estradiol micronizado 0.25-0.5 mg/día administrándolo por vía oral.**
- 17β-Estradiol en parches transdérmicos 0.025 mg/día.**

Ejemplos:

En mujeres con menopausia no establecida. Prescribir entre el 3º y el 7º día de iniciada la menstruación, estrógenos conjugados, una tableta de 0.3 mg diaria durante 21 días. A partir del 12º día del inicio de la toma de estrógenos, se agrega una tableta de clormadinona diariamente durante 10 días. Al término de los dos medicamentos, suspender durante 7 días, periodo en el cual se presentará sangrado transvaginal, al 7º día se reinicia una nueva toma en la forma antes mencionada durante 4 a 6 meses.

En mujeres con menopausia establecida. Una tableta diaria de estrógenos conjugados naturales 0.3 mg combinados con acetato de medroxiprogesterona en un régimen continuo.

11. Referencias.

-
- ¹ **Consejo Nacional de Población (CONAPO)** y Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá). Índices de marginación 1995. México, 1998.
 - ² **Lineamiento técnico médico para la atención del climaterio** y la menopausia 2730-013-003. Dirección de prestaciones médicas. México:IMSS, 2003.
 - ³ **Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia**. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2004.
 - ⁴ **Whelan EA**, Sandler DP, McConaughy DR, Weinberg CR. Menstrual and reproductive characteristics and age of menopause. *Am J Epidemiol* 1990;131:17-39.
 - ⁵ **Gold EB**, Bromberg J, Crawford S, Samuels S, Greendale GA, Harlow SD, Skurnick J. Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *Am J Epidemiol* 2001;153:865-874.
 - ⁶ **Luoto R**, Kaprio J, Uotela A. Age at natural menopause and sociodemographic status in Finland. *Am J Epidemiol* 1994;139:64-76.
 - ⁷ **Rebato E**. Ages at menarche and menopause in Basque women. *Col Antropol* 1988;121:147-149.
 - ⁸ **Malacara JM**, Canto de Cetina T, Bassol S, Gonzalez N, Cacique L, Vera-Ramirez ML, Nava LE. Symptoms at pre- and postmenopause in rural and urban women from three status of Mexico. *Maturitas* 2002;43:11-19.
 - ⁹ **López-López R**, Huerta R, Malacara JM. Age at menopause in women with type 2 diabetes mellitus. *Menopause* 1999;6:174-178.
 - ¹⁰ **Avis NE**, Crawford SL, McKinlay SM. Differential diagnosis of hot flashes. *Maturitas* 1997;27:203-214.
 - ¹¹ **Bachmann GA**. Vasomotor flushes in menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:S312-316.
 - ¹² **Samsoie G**. The menopause revisited. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1995; 51: 1–13.
 - ¹³ **Velasco-Murillo V**, Navarrete-Hernández E, Ojeda-Mijares RI, Pozos-Cavanzo JL, Camacho-Rodríguez MA, Cardona-Pérez JA. Experiencia y conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres de la ciudad de México. *Gac Med Mex* 2000;136:555–564.
 - ¹⁴ **Bosworth HB**, Bastian LA, Kuchibhatla MN, Steffens DC, McBride CM, Skinner CS, Rimer BK, Siegler IC. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *Psychosom Med* 2001;63(4):603-608.
 - ¹⁵ **Sturdee DW**, Brincat M. The hot flush. In: Studd J, Whitehead M, editors. *The menopause*. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1988:24-42.
 - ¹⁶ **Dennerstein L**, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000;96:351-358.

-
- ¹⁷ **Coope J.** Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. *Maturitas* 1996;23:159-168.
- ¹⁸ **Li C, Samsioe G, Borgfeldt C, Lidfeldt J, Agardh CD, Nerbrand C.** Menopause-related symptoms: what are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study). *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1646-1653.
- ¹⁹ **Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al.** Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000;152:463-473.
- ²⁰ **Schwingl PJ, Hulka BS, Harlow SD.** Risk factors for menopausal hot flashes. *Obstet Gynecol* 1994; 84:29-34.
- ²¹ **Robinson D, Cardozo L.** The menopause and HRT. Urogenital effects of hormone therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2003;17:91-104.
- ²² **Myers LS.** Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. *Neurosci Biobehav Rev* 1995;19:331-341.
- ²³ **Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K.** The Menopause and Sexual Functioning: a Review of the Population-Based Studies. *Annu Rev Sex Res* 2003;14:64-82.
- ²⁴ **Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC.** Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause* 2006;13(1):46-56.
- ²⁵ **Riera-Espinoza G.** Epidemiology of osteoporosis in Latin America 2008. *Salud Publica Mex* 2009; 51(supl1):S52-S55.
- ²⁶ **North American Menopause Society.** The role of calcium in peri- and postmenopausal women: 2006 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2006;13:862-877.
- ²⁷ **Brown JP, Josse RG; Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada.** 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ* 2002;167 (10 suppl): S1-S34.
- ²⁸ **Osteoporosis, prevention, diagnosis and treatment. A Systematic Literature Review.** The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, October 2003.http://www.sbu.se/Filer/Content1/publikationer/1/Eng_Osteoporos.pdf
- ²⁹ **Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral.** Osteoporosis postmenopáusica. Guía de práctica clínica. *Rev Clin Esp* 2003; 203: 496-506.
<http://www.seiommm.org/documentos/osteoporosis.doc>
- ³⁰ **Kohrt WM, Bloomfield SA, Little KD, Nelson ME, Yingling VR; American College of Sports Medicine.** American College of Sports Medicine Position Stand: physical activity and bone health. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36(11):1985-1996.
- ³¹ **Turubiarte-Guillén N, Reyes-Morales H, Fernández-Cantón S, Gutiérrez-Trujillo G.** Mortalidad por causas seleccionadas de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, 1991-2004. *Rev Méd IMSS* 2006;44(Supl 1):S111-119.

-
- ³² **Gambacciani M**, Ciaponi M, Cappagli B, De Simone L, Orlandi R, Genazzani AR. Prospective evaluation of body weight and body fat distribution in early postmenopausal women with and without hormonal replacement therapy. *Maturitas* 2001;39:125-132.
- ³³ **Rosano GM**, Vitale C, Marazzi G, Volterrani M. Menopause and cardiovascular disease: the evidence. *Climacteric* 2007;10(Suppl 1):19-24.
- ³⁴ **Royer M**, Castelo-Branco C, Blumel JE, Chedraui PA, Danckers L, Bencosme A et al. The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III): prevalence of the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American women. *Climacteric* 2007;10:164-170.
- ³⁵ **Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas**. Dirección general de Epidemiología. México, DF.: SSA, 2001.
- ³⁶ **Gutiérrez-Trujillo G**, Martínez-Montañez OG, Fernández-Gárate IH, Mejía-Rodríguez I, Alvarado I, Reyes-Morales H. Análisis del descenso de la mortalidad por cáncer cervicouterino en el IMSS, 1991-2005. *Rev Med IMSS* 2006;44 (supl1):S129-134.
- ³⁷ **Gannon L**, Ekstrom B. Attitudes toward menopause. The influences of sociocultural paradigms. *Psychology of Women Quarterly* 1993;17:275–288.
- ³⁸ **Robinson G**. Cross-cultural perspectives on menopause. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:453 – 458.
- ³⁹ **Melby MK**, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Hum Reprod Update* 2005;11(5):495-512.
- ⁴⁰ **Pelcastre-Villafuerte B**, Garrido-Latorre F. Social representations of menopause. *Salu Publica Mex* 2001;43:408-414.
- ⁴¹ **Beyene Y**. Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis. *Cult Med Psychiatry* 1986;10:47–71
- ⁴² **Deeks AA**, McCabe MP. Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Qual Life Res* 2004;13(2):389-98.
- ⁴³ **Takamatsu K**, Makita K, Nozawa S. Study of psychosocial factors in Japanese patients suffering from menopausal disorders. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30(4):309-315.
- ⁴⁴ **Kaufert PA**, Gilbert P, Tate R. The Manitoba project: a reexamination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992;14:143–155.
- ⁴⁵ **Dennerstein L**, Lehert P, Burger H, Dudley E. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis* 1999;18711:685–691.
- ⁴⁶ **Artazcoz L**, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med*. 2004;59(2):263-74.
- ⁴⁷ **Krantz G**, Östergren P. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 192-199.

-
- ⁴⁸ **Cohen LS**, Soares CN, Vitonis AF, Otto MW. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(4): 385-390.
- ⁴⁹ **Bromberger JT**, Assman SF, Avis NE, Schoken M, Kravitz HM, Cordal A. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. *Am J Epidemiol.* 2005;158:347-56.
- ⁵⁰ **Utian WH**, Janata JW, Kingsberg SA, Patrick LD. Determinants and quantification of quality of life after the menopause: the Utian Menopause Quality of Life score. In: Aso T and Yanaihara T, editor. *The Menopause at the Millenium*. Taylor & Francis; 2000. pp. 141–144.
- ⁵¹ **Carey MS**, Bacon M, Tu D, Butler L, Bezjak A, Stuart GC. The prognostic effects of performance status and quality of life scores on progression-free survival and overall survival in advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2008;108:100-105.
- ⁵² **Seid M**, Varni JW, Segall D, Kurtin PS. Health related quality of life as a predictor of pediatric healthcare costs: A two-year prospective cohort analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:48.
- ⁵³ **Satoh T**, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community-dwelling, middle-aged, healthy women in Japan. *Climacteric* 2005;8:146-153.
- ⁵⁴ **Schwarz S**, Volzke H, Alte D, Schwahn C, Grabe HJ, Hoffmann W, Ulrico J, Doren M. Menopause and determinants of quality of life in women at midlife and beyond: the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Menopause* 2007; 14:123-134.
- ⁵⁵ **Michael YL**, Colditz GA, Coakley E, Kawachi I. Health behaviors, social networks, and health aging: cross sectional evidence from the Nurses Health Study. *Quality Life Res* 1999;8:711-722.
- ⁵⁶ **Achat H**, Kawachi I, Levine S, Berkey C, Coakley E, Colditz G. Social networks, stress and health-related quality of life. *Qual Life Res.* 1998 Dec;7(8):735-750.
- ⁵⁷ **Melchior M**, Berkman LF, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Soc Sci Med* 2003;1817-1830.
- ⁵⁸ **Daley A**, Macarthur C, Stokes-Lampard H, McManus R, Wilson S, Mutrie N. Exercise participation, body mass index and health-related quality of life in women of menopausal age. *Br J Gen Pract* 2007;57(535):130-135.
- ⁵⁹ **Mirzaiinjmbadi K**, Anderson D, Barnes M. The relationship between exercise, Body Mass Index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *Int J Nurs Pract* 2006;12(1):28-34.
- ⁶⁰ **Nachtigall LE**, Nachtigall MJ. Menopausal changes, quality of life and hormone therapy. *Clin Obstet Gynecol* 2004;2:485-488.
- ⁶¹ **Velasco Murillo V**, Fernández Gárate IH, Ojeda Mijares RI, Padillo Vallejo I, de la Cruz Mejia L. Conocimientos, experiencias y conductas durante el climaterio y la menopausia en usuarias de los servicios de medicina familiar del IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (6): 549-556.

-
- ⁶² **Velasco-Murillo V**, Navarrete-Hernandez E, Ojeda-Mijares RI, Pozos-Cavanzo JL, Camacho-Rodriguez MA, Cardona-Pérez JA. Experiencias y conocimiento sobre climaterio y menopausia en mujeres de la ciudad de México. *Gac Méd Méx* 2000;136:555-564.
- ⁶³ **Bertero C**. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *Int Nurs Rev* 2003;50(2):109-118.
- ⁶⁴ **Acosta-Cázares B**, Arando-Álvarez JG, Reyes-Morales H. ENCOPREVENIMSS 2004;6. Patrones de actividad física de la mujer y del hombre. *Rev Med IMSS* 2006;44(Suopl1):S79-S86.
- ⁶⁵ **Flores-Huerta S**, Acosta-Cázares B, Rendón-Macias ME, Klunder-Klunder M, Gutiérrez-Trujillo G. ENCOPREVENIMSS 2004;5. Consumo de alimentos saludables o con riesgo para la salud. *Rev Med IMSS* 2006;44(Suopl1):S63-S78.
- ⁶⁶ **Dobova SV**, Pérez-Cuevas R, Reyes- Morales H. Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 2008;50:390-396.
- ⁶⁷ **Yarnall KS**, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93:635– 641.
- ⁶⁸ **Flocke SA**, Stange KC. Direct observation and patient recall of health behavior advice. *Prev Med* 2004;38:343-349.
- ⁶⁹ **Carroll JK**, Fiscella K, Meldrum SC, Williams GC, Sciamanna CN, Jean-Pierre P, Morrow GR, Epstein RM. Clinician-patient communication about physical activity in an underserved population. *J Am Board Fam Med* 2008;21(2):118-127.
- ⁷⁰ **MacGregor K**, Handley M, Wong S, Sharifi C, Gjeltema K, Schillinger D, Bodenheimer T. Behavior-change action plans in primary care: a feasibility study of clinicians. *J Am Board Fam Med* 2006;19(3):215-223.
- ⁷¹ **Shirazi KK**, Wallace LM, Niknami S, Hidarnia A, Torkaman G, Gilchrist M, Faghihzadeh S. A home-based, transtheoretical change model designed strength training intervention to increase exercise to prevent osteoporosis in Iranian women aged 40-65 years: a randomized controlled trail. *Health Educ Res* 2007;22:305-317.
- ⁷² **Manios Y**, Moschonis G, Katsaroli I, Grammatikaki E, Tanagra S. Changes in diet quality score, macro- and micronutrients intake following a nutrition education intervention in postmenopausal women. *J Hum Nutr Diet* 2007;20(2):126-133
- ⁷³ **Asikainene TM**, Suni JH, Pasanen ME, Oja P, Rinne MB, Miilunpalo SI, Nygård CH, Vuori IM. Effect of brisk walking in 1 or 2 daily bouts and moderate resistance training on lower-extremity muscle strength, balance, and walking performance in woman who recently went through menopause: a randomized, controlled trial. *Phys Ther* 2006; 7:912-924.
- ⁷⁴ **Teoman N**, Ozcan A, Acar B. The effect of exercise on physical fitness and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 2004;47:71-77.

-
- ⁷⁵ **Irwin ML**, Yasui Y, Ulrich CM, Bowen D, Rudolph RE, Schwartz RS, Yukawa M, Aiello E, Potter JD, McTiernan A. Effect of exercise on total and intra-abdominal body fat in postmenopausal women. *JAMA* 2003;289:323-330.
- ⁷⁶ **Hunter M**, O'Dea. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: Five-year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Educ Couns* 1999;37: 249–255.
- ⁷⁷ **Liao KL**, Hunter MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas* 1998;29:215-224.
- ⁷⁸ **Anderson D**, Mizzari K, Kain V, Webster J. The effect of a multimodal interventional trial to promote lifestyle factors associated with the prevention of cardiovascular disease in menopausal and postmenopausal Australian women. *Health Care Women Int* 2006;27:238-253.
- ⁷⁹ **Carels RA**, Darby LA, Cacciapaglia HM, Douglass OM. Reducing cardiovascular risk factors in postmenopausal women through a lifestyle change intervention. *J Womens Health* 2004;13:412-426.
- ⁸⁰ **Simkin-Silverman LR**, Wing RR, Boraz MA, Kuller LH. Lifestyle intervention can prevent weight gain during menopause. Results from a 5-year randomized clinical trial. *Ann Behav Med* 2003;26:212-220.
- ⁸¹ **Adams J**, White M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ Res* 2005; 20:237-243.
- ⁸² **Shapiro DA**, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychol Bull* 1982;92:581-604.
- ⁸³ **Tremblay A**, Sheeran L, Aranda SK. Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: a systematic review. *Menopause* 2008;15(1):193-202.
- ⁸⁴ **Larroy García C**, Gómez-Calcerrada SG. Intervención cognitivo-conductual en sintomatología menopáusica: efectos a corto plazo. *Psicothema* 2009;21:255-261.
- ⁸⁵ **Keefer L**, Blanchard EB. A behavioral group treatment program for menopausal hot flashes: results of a pilot study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2005;30(1):21-30.
- ⁸⁶ **Rothert ML**, Holmes-Rovner M, Rovner D, Kroll J, Breer L, Talarczyk G, Schmitt N, Padonu G, Wills C. An Educational Intervention as Decision Support for Menopausal Women. *Res Nurs Health* 1997;20(5):377-387.
- ⁸⁷ **Jaffee L**, Lutter JM, Rex J, Hawkes C, Bucaccio P. Incentives and barriers to physical activity for working women. *Am J Health Promot* 1999;13(4):215-218.
- ⁸⁸ **Zunft HJ**, Friebe D, Seppelt B, Widhalm K, Remaut de Winter AM, Vaz de Almeida MD, Kearney JM, Gibney M. Perceived benefits and barriers to physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutr* 1999;2:153-160.
- ⁸⁹ **Juarbe T**, Turok XP, Pérez-Stable EJ. Perceived benefits and barriers to physical activity among older Latina women. *West J Nurs Res* 2002;24(8):868-886.

-
- ⁹⁰ **Booth ML**, Bauman A, Owen N, Gore CJ. Physical activity preferences, preferred sources of assistance, and perceived barriers to increased activity among physically inactive Australians. *Prev Med* 1997;26(1):131-137.
- ⁹¹ **Gullen KW**, Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G. Intervention mapping: Use of theory and data in the development of a fruit and vegetable nutritional program for girl scouts. *J Nutr Educ* 1998; 30, 4; 188-195.
- ⁹² **Rasmussen M**, Krølner R, Klepp KI, Lytle L, Brug J, Bere E, Due P. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2006;3:22.
- ⁹³ **Brug J**, Lechner L, De Vries H. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite* 1995;25(3):285-96.
- ⁹⁴ **French MR**, Vernace-Inserra F, Hawker GA. A Prospective Study to Identify Factors Affecting Adherence to Recommended Daily Calcium Intake in Women with Low Bone Mineral Density. *J Am Coll Nutr* 2008;27(1):88-95.
- ⁹⁵ **Gulliver P**, Horwath CC. Assessing women's perceived benefits, barriers, and stage of change for meeting milk product consumption recommendations. *J Am Diet Assoc* 2001;101(11):1354-1357.
- ⁹⁶ **Becker MH**, ed. "The Health Belief Model and Personal Health Behavior." *Health Education Monographs* 1974; 2:324-473.
- ⁹⁷ **Glanz K**, Marcus Lewis F, Rimer BK. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. National Institute of Health; 1997.
- ⁹⁸ **Glanz K**, Lewis F.M, Rimer BK. "Linking Theory, Research, and Practice." In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, eds. Glanz K, Lewis F.M, Rimer BK. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
- ⁹⁹ **Prochaska J**, DiClemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-288.
- ¹⁰⁰ **Bandura A**. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ; 1986.
- ¹⁰¹ **Ryan RM**, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55:68-78.
- ¹⁰² **Rose E**, Parfitt G, G. W. Exercise causality orientations, behavioral regulation for exercise and stage of change for exercise: exploring their relationships. *Psychology Sport Exercise* 2005;6:399-414.
- ¹⁰³ **Williams GC**, Minicucci DS, Kouides RW, Levesque CS, Chirkov VI, Ryan RM, Deci EL. Self-determination, smoking, diet and health. *Health Educ Res* 2002; 17:512-521.
- ¹⁰⁴ **Silva MN**, Markland D, Vieira PN, Coutinho SR, Carraca EV, Palmeira AL, Minderico CS, Matos MG, Sardinha LB, Teixeira PJ. Helping overweight women become more active: Need support and motivational regulations for different forms of physical activity. *Psychol Sport Exerc* 2010;11: 591-601.

-
- ¹⁰⁵ **Teixeira PJ**, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM, Sardinha LB, Lohman TG. Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Med Sci Sports Exerc* 2006; 38:179-188.
- ¹⁰⁶ **Silva MN**, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, Matos MG, Sardinha LB, Teixeira PJ. Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *J Behav Med* 2010;33(2):110-122.
- ¹⁰⁷ **Deci EL**, Eghrari H, Patrick BC, Leone DR. Facilitating internalization: the self-determination theory perspective. *J Pers* 1994; 62:119-142.
- ¹⁰⁸ **Williams GC**, McGregor HA, Zeldman A, Freedman ZR, Deci EL. Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychol* 2004; 23:58-66.
- ¹⁰⁹ **Silva MN**, Markland D, Minderico CS, Vieira PN, Castro MM, Coutinho SR, Santos TC, Matos MG, Sardinha LB, Teixeira PJ. A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health* 2008;8:234.
- ¹¹⁰ **Engel GL**. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
- ¹¹¹ **Flint M**. Menopause—the global aspect. In: Hammar M, Berg G, eds. *The modern management of the menopause: A perspective for the 21st century. The International Congress, Symposium, and Seminar Series, vol. 8. Proceedings of the Seventh International Congress on the Menopause, Stockholm, Sweden, June 1993.* New York: Parthenon, 1994;17-22.
- ¹¹² **Boon H**, Verhoef M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res* 2004;4(1):15.
- ¹¹³ **Pinotti JA**, Tojal ML, Nisida AC, Pinotti M. Integrated approach to women's health. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;70(1):191-198.
- ¹¹⁴ **Pérez-Cuevas R**, Reyes-Morales H, Doubova SV, Zepeda Arias M, Díaz Rodríguez G, Peña Valdovinos A, Muñoz Hernández O. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(6):511-517.
- ¹¹⁵ **Jones PS**, Meleis AI. Health is empowerment. *ANS Adv Nurs Sci* 1993; 15:1-14.
- ¹¹⁶ **Health promotion glossary**. Geneva: World Health Organization; 1988.
- ¹¹⁷ **Lau DH**. Patient empowerment—a patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Med J* 2002;8(5):372-4.
- ¹¹⁸ **Funnell MM**, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, Taylor-Moon D, White NH. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *The Diabetes Educator* 1991;17:37-41.
- ¹¹⁹ **Funnell MM**, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabetes* 2004;22:123-127.

-
- ¹²⁰ **Anderson RM**, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 1995;18(7):943-949.
- ¹²¹ **Anderson RM**, Funnell MM, Aikens JE, Krein SL, Fitzgerald JT, Nwankwo R, Tannas CL, Tang TS. Evaluating the Efficacy of an Empowerment-Based Self-Management Consultant Intervention: Results of a Two-Year Randomized Controlled Trial. *Ther Patient Educ* 2009;1(1):3-11.
- ¹²² **Laurant M**, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Syst Rev* 2004;4. Art.No.:CD001271.
- ¹²³ **Horrocks S**, Andreson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioner working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-823.
- ¹²⁴ **Davidson MB**, Castellanos M, FDuran P, Karlan V. Effective diabetes care by a registered nurse following treatment algorithms in a minority population. *Am J Manag Care* 2006;12:226-232.
- ¹²⁵ **Pishdad GR**, Pishdad R, Pishdad P. A nurse-managed diabetes care programme. *Int J Clin Pract* 2007;61(9):1492-1497.
- ¹²⁶ **Wood DA**, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, De Bacquer D, Collier T, De Backer G, Faergeman O; EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9629):1999-2012.
- ¹²⁷ **Larroy García C**, Gutiérrez Gómez S, León L. Tratamiento cognitivo- conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología latinoamericana. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* 2004; 22: 77- 88. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>
- ¹²⁸ **Chávez-Ayala R**, Andrade-Palos P, Rivera-Rivera L. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. *Salud Publica Mex* 2002;44:385-391.
- ¹²⁹ **Treviño ZV**, Merino JM, Stiepovich J. Knowledge of peri-postmenopause in Colombian women, a psychometric validation study. *Ciencia Enferm* XII 2006;2:23-33.
- ¹³⁰ **Reece S M**, Harkless G. Testing of the PHS-ES: A measure of perimenopausal health self-efficacy. *J Nurs Meas* 2002;10:15–26.
- ¹³¹ **Anderson RM**, Fitzgerald JT, Gruppen LD, Funnell MM, Oh MS. The diabetes empowerment scale-short form (DES-SF). *Diabetes Care* 2003;26:1641-1643.
- ¹³² **Anderson RM**, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* 2000;23:739-43.
- ¹³³ **Chen MF**, Wang RH, Cheng CP, Chin CC, Stocker J, Tang SM, Chen SW. Diabetes Empowerment Process Scale: development and psychometric testing of the Chinese version. *J Adv Nurs* 2011;67:204-214.

-
- ¹³⁴ **Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud:** México. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Secretaria de Salud de México para la edición en español; 2005.
- ¹³⁵ **Jaramillo Cardona MC.** La descentralización en México: avances y retrocesos. *Rev Gerenc Polit Salud* 2007;6:85-111.
- ¹³⁶ **Frenk J,** González-Pier E, Gómez-Dantés O, Ángel Lezana M, Marie Knaul F. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* 2007;49:S23-S36.
- ¹³⁷ **Gakidou E,** Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky C, Bryson-Cahn D et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *The Lancet* 2006;368 (9550):1920-1935.
- ¹³⁸ **Secretaria de Salud.** Boletín de Información Estadística. México, D.F.;2002:22. Última revisión: octubre 2004.
- ¹³⁹ **Pineault R,** Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Masson S.A., 1995.
- ¹⁴⁰ **Utian WH.** Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:47.
- ¹⁴¹ **Hossain P,** Kavar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world--a growing challenge. *N Engl J Med* 2007;356:213-215.
- ¹⁴² Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365:217-223.
- ¹⁴³ **Ferlay J,** Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>
- ¹⁴⁴ **Pardo Merino A,** Ruiz Díaz MA. Análisis de datos con SPSS 13 base. Madrid: Ed. McGraw-Hill, 2005.
- ¹⁴⁵ **Hatcher L.** A step-by –step approach to using SAS for factor analysis and structural equation modeling. 2a ed.,Chapter 1. North Caroline-NC USA. Editorial SAS Press, 1994.
- ¹⁴⁶ **Braun V,** Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 2006;3:77-101.
- ¹⁴⁷ Miller W, Rollnick S. Principles of motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2002.
- ¹⁴⁸ **MacGregor K,** Handley M, Wong S, Sharifi C, Gjeltema K, Schillinger D, Bodenheimer T. Behavior-change action plans in primary care: a feasibility study of clinicians. *J Am Board Fam Med* 2006;19(3):215-223.
- ¹⁴⁹ **Ellis A,** Bernard ME. What is rational-emotive therapy? In: Ellis A, Griegar RM, editors. Handbook of rational-emotive therapy. Volume 2. New York: Springer; 1986:3-30.
- ¹⁵⁰ **Girod I,** de la Loge C, Keininger D, Hunter MS. Development of a revised version of the Women's Health Questionnaire. *Climacteric.* 2006;9(1):4-12.

-
- ¹⁵¹ **Zöllner YF**, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res* 2005;14:309-327
- ¹⁵² **Palacios S**, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens M, Alberich X, Marti A y el grupo Cervantes. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clin (Barc)* 2004;122:205-211.
- ¹⁵³ **Bellón Saameño JA**, Delgado Sámchez A, Luna de Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18:153-163.
- ¹⁵⁴ **Krug, EG**, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- ¹⁵⁵ **Rosner B**. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Pacific Grove,. Ca: Duxbury Ress, 2000. p309-312.
- ¹⁵⁶ **Girod I**, Abetz L, de la Loge C, Fayol-Paget C, Hunter MS. Women's Health Questionnaire user manual. MAPI Research Institute 2004.
- ¹⁵⁷ **Jack B**, Shang Y. Estimating policy and program effects with observational data: the "differences-in-differences" estimator. *Practical Assessment, Research & Evaluation* 2003;8(24). Available at: <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=8&n=24>.
- ¹⁵⁸ **Reglamento de la Ley General de Salud en material de Investigación para la salud**. Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. México D.F; 1987.
- ¹⁵⁹ **World Medical Association Declaration of Helsinki**. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 52nd WMA General Assembly. Edimburg, Scotland; 2000.
- ¹⁶⁰ **Ley General de Salud**. Diario Oficial de la Federación. México D.F; 2007.
- ¹⁶¹ **Utian WH**. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:47.
- ¹⁶² **Bandura A**. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Self-efficacy beliefs of adolescents. Eds: Pajares F, Urdan T, Greenwich CT: Information Age Publishing 2006;5:307-337.
- ¹⁶³ **Im EO**, Lee B, Hwang H, Yoo KH, Chee W, Stuijbergen A, Walker L, Brown A, McPeck C, Miro M, Chee E. "A waste of time": Hispanic women's attitudes toward physical activity. *Women Health* 2010;50:563-579.
- ¹⁶⁴ **Lawlor DA**, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health Med* 2001;23:219-26.
- ¹⁶⁵ **Lindholm L**, Ekblom T, Dash C, Eriksson M, Tibblin G, Schersten B. The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk. *Br Med J* 1995;310:1105-1109.

-
- ¹⁶⁶ **Eriksson KM**, Westborg CJ, Eliasson MC. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors. *Scand J Public Health*. 2006;34(5):453-61.
- ¹⁶⁷ **Ketola E**, Ma"kela" M, Klockars M. Individualised multifactorial lifestyle intervention trial for high-risk cardiovascular patients in primary care. *Br J Gen Pract* 2001;51:291–294.
- ¹⁶⁸ **Katie C**, Brian T, Brach C, Wagner EH. Evidence on The chronic care model In the new millennium. *Health Affairs* 2009; 28: 75-85.
- ¹⁶⁹ **Tsai AC**, Morton SC, Mangione CM, Keeler, E.B. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005;11;478-488.
- ¹⁷⁰ **Longworth JCD**. Hispanic women's experience with "el cambio de vida". *J Am Acad Nurse Pract* 2003;15:266–275.
- ¹⁷¹ **AHA Scientific Statement. Diet and lifestyle recommendations revision 2006**. a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114:82-96.
- ¹⁷² **Kohrt WM**, Bloomfield SA, Little KD, Nelson ME, Yingling VR; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine Position Stand: physical activity and bone health. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36(11):1985-1996.
- ¹⁷³ **Mazzeo RS**, Cavanagh P, Evans W, Fiatarone M, Hagberg J, McAuley E, Startzell J. ACSM Position Stand: Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30:992-1008.
- ¹⁷⁴ **Haskell WL**, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical activity and public health: Updated recommendations for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39:1423-1434.
- ¹⁷⁵ **Doubova SV**, Flores-Hernández S, Rodriguez Aguilar L, Pérez-Cuevas R. Quality of care and health related quality of life of climacteric stage women cared for in family medicine clinics. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:20.
- ¹⁷⁶ **Slade M**. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010;10:26.
- ¹⁷⁷ **Reed G**. The role of psychology in Health Care Delivery. *Professional Psychology: Research and Practice* 2002;33(6):536- 545.
- ¹⁷⁸ **Centers for Disease Control and Prevention CDC**. Health-related quality-of-life measures—United States, 1993. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44:195–200.
- ¹⁷⁹ **Hunter MS**. The Women's Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked Questions (FAQ). *Health Qual Life Outcomes* 2003, 1:41.
- ¹⁸⁰ **Young DR**, Coughlin J, Jerome GJ, Myers V, Chae SE, Brantley PJ. Effects of the PREMIER Interventions on Health-Related Quality of Life. *Ann Behav Med* 2010;40:302-312.

¹⁸¹ **Martin CK**, Church TS, Thompson AM, Earnest CP, Blair SN. Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009;169:269-278.

¹⁸² **Discigil G**, Ozkisacik E. Impact of Mediterranean Lifestyle on quality of life - A sample of East Mediterranean community. *Middle East J Family Medicine* 2007;5:1-8.

¹⁸³ **Elavsky S**. Physical activity, menopause, and quality of life: the role of affect and self-worth across time. *Menopause*. 2009;16:265-271.

¹⁸⁴ **Lindstrom J**, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003;26:3230–3236.