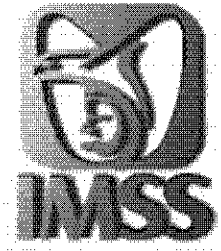


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

H.G.Z No. 3

CD. MANTE, TAMS.

**AUTOESTIMA EN MUJERES CON MENOS Y MÁS DE 5
AÑOS DE EVOLUCION DE LA MENOPAUSIA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 25 DE CD.
GONZALEZ, TAMAULIPAS DE ENERO A DICIEMBRE
DE 2006**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**NORMA EDITH LEIJA CASTILLO
MEDICO FAMILIAR**



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.

**AUTOESTIMA EN MUJERES CON MENOS Y MÁS DE 5 AÑOS DE
EVOLUCION DE LA MENOPAUSIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 25, DE CD. GONZALEZ TAMAULIPAS, DE ENERO A
DICIEMBRE DE 2006**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

NORMA EDITH LEIJA CASTILLO

MÉDICO FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

**AUTOESTIMA EN MUJERES CON MENOS Y MÁS DE 5 AÑOS DE
EVOLUCION DE LA MENOPAUSIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 25, CD. GONZALEZ TAMAULIPAS, DE ENERO A
DICIEMBRE DE 2006**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

NORMA EDITH LEIJA CASTILLO

MÉDICO FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ
PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
H.G.Z No. 3.

DR. FELIPE GUARNEROS SÁNCHEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS.

DR. FELIPE GUARNEROS SANCHEZ
ENCARGADO DE LA COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
H.G.Z No. 3

DEDICATORIAS

Al señor Jesucristo mi señor y dios, por enseñarme el camino correcto de la vida, guiándome y fortaleciéndome cada día con sus santo espíritu, por su caridad y bendiciones.

“Todo Lo Puedo En Cristo Que me Fortalece” filip 4:13

A MIS PADRES

Donaciano y Felipa, por su gran apoyo, tolerancia, dedicación, entrega y amor para conmigo y de hacer lo que ahora soy. Por su esfuerzo, Gracias.

A MIS HERMANOS

Carmen, Irma, Ross, Martha, Ester, por su apoyo, los cuales siempre confiaron en mí.

A MI ESPOSO.

Renato, quiero expresarle mi gran amor y gratitud por su apoyo incondicional, su comprensión generosa y su tolerancia infinita a mis pretensiones intelectuales, quien siempre me ha alentado para seguir adelante, por transmitirme paciencia y confiar en mí.

A MI HIJO

Kevin Khaleb, razón de mi ser y sentido en la vida, ojala pueda servirles de ejemplo para su superación en la esperanza de que vera un mundo mejor. Por el tiempo que no estuve junto a él, gracias por su comprensión y bondad. Te amo.

AGRADECIMIENTO.

A mi maestro Dr. Felipe Guarneros por compartirme sus conocimientos, su confianza y dedicación, ejemplos dignos de seguir. Y que gracias a sus consejos profesionales pude concretar este trabajo de investigación.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
III. JUSTIFICACIÓN	16
IV. OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)	18
V. METODOLOGÍA	19
A) TIPO DE ESTUDIO.	
B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.	
C) TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA.	
D) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	
E) INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES).	
F) PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.	
G) ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	
H) CONSIDERACIONES ÉTICAS.	
VI. RESULTADOS	27
VII. DISCUSION	34
VIII. CONCLUSION	37
IX. RECURSOS	40
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
XI. ANEXOS	45

I. MARCO TEÓRICO

El término climaterio se refiere a la etapa de envejecimiento de la mujer que comprende la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva y representa la involución de los ovarios y los diferentes cambios hormonales relacionados con estos. En la mayoría de las mujeres, estos cambios pueden empezar a aparecer entre los 35 y 38 años, en cuyo caso se llama premenopausia. Posteriormente, aparece la menopausia entre los 44 y 55 años de edad, que se define como el cese de las menstruaciones por más de 12 meses de duración y finalmente, la posmenopausia que en general se presenta después de los 55 años. ^(1,2)

Obviamente estos rangos de edad únicamente sirven de guía para ubicar estas etapas, pero es importante recordar que este tipo de cambios no ocurre a una edad exacta. Durante el climaterio se presentan cambios endocrinos graduales que se manifiestan por trastornos en los ciclos menstruales hasta llegar a la amenorrea. ⁽³⁾

MENOPAUSIA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1981) la define como el cese permanente de la menstruación, como consecuencia de la pérdida de la función hormonal ovárica.

La localización de los receptores de estrógenos en el cerebro tiene una íntima relación fisiológica con el sistema límbico y, por consiguiente, con el estado de ánimo. Estos receptores de estrógenos se encuentran localizados predominantemente en el área preóptica medial, en el núcleo de la estría terminalis, en el área hipotalámica ventromedial anterior, en el hipotálamo ventrolateral caudal, en el centro gris mediocerebral, en la amígdala y en la glándula pituitaria anterior. ⁽³⁾

Hay tres diferentes tipos de estrógenos:

El estriol, que es un producto oxidativo derivado tanto del estradiol como de la estrona y cuya conversión ocurre en el hígado. Este es el principal estrógeno circulante durante el embarazo y es producido por la placenta.

El estradiol es el estrógeno circulante de mayor concentración y el más activo biológicamente en la mujer preclimática ya que tiene una potencia de 12 veces mayor que la estrona y 80 veces mayor que el estriol.

La estrona se convierte en el principal estrógeno circulante en la mujer menopáusica. Este estrógeno se caracteriza por ser biológicamente el estrógeno más débil. ^(3,4)

El mecanismo de acción consiste fundamentalmente en que los estrógenos penetran en la célula por difusión pasiva y se unen a un receptor citoplasmático que poseen las células blanco. Este receptor es una proteína 4S la cual se modifica por la unión con la hormona, formando así un complejo de hormona proteína 5S y de esta manera puede acceder al núcleo celular. El resultado de la

expresión de estos fenómenos genómicos, influye en la regulación del eje hipotálamo-pituitaria-gonadal que genera los efectos electrofisiológicos de los estrógenos en potenciales de acción de las neuronas individuales. ⁽⁴⁻⁵⁾

Dado que en la menopausia disminuyen mucho los estrógenos, se puede pensar que los cambios de la función endócrino-reproductiva se acompañan por alteraciones discretas pero muy amplias en la actividad neurotransmisora del SNC que pudieran comprometer a los mecanismos importantes para la fisiopatología de los trastornos afectivos. En la menopausia los niveles de estradiol y progesterona son casi nulos, por lo tanto, la mujer climatérica esta expuesta a periodos mas prolongados de baja secreción de estradiol y progesterona, lo cual podría explicar los cambios afectivos que se presentan en ella. ⁽⁶⁾

El climaterio constituye una etapa de la vida de la mujer en la que se presentan cambios psíquicos, sociales y culturales, los cuales ponen a prueba su capacidad psíquica para llevar a cabo ajustes psicológicos y sociales necesarios que le permitan mantener su equilibrio emocional y continuar su desarrollo. ⁽⁷⁾

La mujer se enfrenta a la menopausia, que es la etapa más evidente del climaterio con actitudes y expectativas adversas, lo que favorece la aparición de cuadros sintomáticos y psicopatológicos o limita al menos en donde se tiene también la posibilidad de lograr un desarrollo y crecimientos personales. ⁽⁸⁾

Las alteraciones psicológicas que se presentan más frecuentemente en este periodo son: falta de entusiasmo o de interés, irritabilidad, aprensión, insomnio, alteración de la libido, sentimiento de insuficiencia o falta de realización, pérdida de la capacidad de concentración o apatía, tensión, o ansiedad y fluctuaciones del estado de ánimo. Estas alteraciones pueden acompañarse de manifestaciones somáticas, como vértigo, cefalea, disnea y fatiga. Las alteraciones psicológicas de este periodo se han clasificado como francas patologías, siquiátricas relacionadas con trastornos afectivos, como: síndrome orgánico afectivo, trastorno de esquizoafectivo, trastorno afectivo, trastorno bipolar, ciclotimia, trastornos depresivos, depresión mayor, distimia, depresión atípica, depresión bipolar cíclica, trastorno afectivo estacional, de ajuste y de personalidad.⁽⁹⁾

Cardazo y cols (1984) realizaron un estudio clínico en mujeres menopausicas con implantes hormonales (estrógenos) demostrando que las pacientes presentaban una respuesta satisfactoria en la sintomatología menopáusica, incluyendo los síntomas psicológicos (fatiga, pérdida de la autoestima, depresión)⁽¹⁰⁾

En los últimos años, la investigación del autoconcepto y la autoestima esta cobrando gran relevancia dentro del contexto de la identificación de factores protectores de problemas psicopatológicos. En un intento de distinguir los términos de autoconcepto y autoestima algunos autores asocian el término autoconcepto a los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo y utilizan la denominación de autoestima para los aspectos evaluativo-afectivos. Los juicios

acerca de uno mismo constituyen probablemente la organización cardinal de todo este sistema de autoconocimiento. En ellos cabe diferenciar cuando menos dos juicios: descriptivos y evaluativos. ^(10,11)

Los descriptivos se refieren a como somos de hecho, tomando en consideración, edad, sexo, ocupación, características físicas etc. Los juicios evaluativos conciernen al aprecio o valoración que nos merece cada una de nuestras características. La autoestima constituye la porción valorativa del autoconocimiento. ⁽¹¹⁾

Se ha definido a la autoestima como la actitud positiva o negativa que se tiene acerca de uno mismo, el grado de satisfacción con uno mismo y el sentimiento de valía personal percibido al compararse con los demás. En suma, la autoestima es un juicio personal que tiene de sí mismo una persona; es una experiencia subjetiva que el individuo expresa verbalmente y mediante ciertos rasgos de comportamiento. ⁽¹²⁻¹³⁾

De acuerdo a Cassidy la autoestima se refiere al juicio general que el individuo emite de su propia persona en cuestión de su valía. ⁽¹⁴⁾

La autoestima es una necesidad humana fundamental. Su efecto no requiere ni nuestra comprensión ni nuestro consentimiento. Funciona a su manera en nuestro interior con o sin nuestro conocimiento. Somos libres de intentar comprender la

dinámica de la autoestima o de desconocerla, pero si optamos por esto último seremos un enigma para nosotros mismos y pagaremos las consecuencias. ⁽¹⁴⁾

Se entiende por autoestima mucho más que ese sentido innato de nuestra valía personal que probablemente es un derecho humano de nacimiento, aquella chispa que los psicoterapeutas y los profesores se esfuerzan por estimular de las personas con las que trabajan. Esa chispa es la antesala de la autoestima. La autoestima, plenamente consumada es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Mas concretamente, podemos decir que la autoestima es lo siguiente:

- 1.- La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida.
- 2.- La confianza en nuestro derecho a triunfar; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

El nivel de nuestra autoestima influye en nuestra forma de actuar y nuestra forma de actuar influye en el nivel de nuestra autoestima. ⁽¹⁵⁾

Para las mujeres una de las cuestiones más duras es la aceptación de su nueva imagen corporal, sobre todo si han sufrido algún tipo de intervención quirúrgica específicamente femenina: mastectomía o histerectomía. Estas intervenciones suelen repercutir en la autoimagen que la mujer tiene así como el autoconcepto

del rol femenino y en su autoestima porque son vividas como una agresión y mutilación de su imagen corporal. ⁽¹⁶⁾

El auto concepto y la auto estima juegan un papel importante en la vida de las personas. De hecho los éxitos y fracasos, la satisfacción de uno mismo, el bienestar psíquico y el conjunto de relación con la autoestima, por lo que tener una autoestima positiva es de la mayor importancia para la vida personal y social. La autoestima positiva influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquicos de hecho algunas investigaciones reconocen la importancia de tomar en cuenta diferentes mecanismos implicados en la interacción de la persona con el medio ambiente. ⁽¹⁷⁾

Las personas con autoestima baja poseen un sentimiento de vulnerabilidad y temen no reaccionar adecuadamente, por lo que este tipo de personas actúan en función de "los otros" y no de sus propias necesidades. ⁽¹⁸⁾

Fierro y Cardenal han destacado la importancia de la autoestima en el proceso salud- enfermedad, al mencionar que en la personalidad sana, la persona tiene un grado de autoestima que le proporciona satisfacción personal. ⁽¹⁹⁾

Es evidente que la menopausia es un trastorno de adulto mayor que pone a prueba el autoconcepto en este grupo de mujeres, lo que deriva en la autoestima y calidad de vida y debido a que si la persona tiene una autoestima baja, la tendencia es hacia un compartimiento de duda, defensa y miedo. ⁽²⁰⁾

Uno de los instrumentos de medición mayormente aplicados para valorar el autoestima es la prueba de Rosemberg que consiste de 10 preguntas que responden a si y no; cada respuesta correcta equivale a 1 punto de calificación, por consiguiente la calificación final es de 10. La conceptualización elevada de autoestima tiene una valoración mayor a 5 puntos. Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. ⁽²¹⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Hasta hace algunas décadas las mujeres veían a la menopausia como un hecho natural y biológico que reconocían y manejaban gracias a un sistema de autocuidado construido culturalmente. Sin embargo hoy en día se ha visto que la menopausia es un proceso patológico, lleno de riesgos. Por otro lado la disminución de estrógenos asociada a la menopausia genera la aparición de una serie de síntomas físicos y psíquicos que van a dañar sensiblemente la calidad de vida de la mujer. Esto significa que la menopausia conlleva un incremento de riesgo para numerosas enfermedades y por tanto un descenso en la calidad de vida. Ante esta situación surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Es mayor la frecuencia de autoestima baja en las mujeres menopáusicas con menos de 5 años de evolución que las mujeres con más de 5 años de evolución?

III. JUSTIFICACIÓN

El final de la capacidad reproductiva tiene significados culturalmente diversos y coincide en un momento vital de las mujeres en que habiendo cumplido con la crianza de los hijos se presentan otras posibilidades para su vida personal.

Hoy se considera que el 95 % de las mujeres de los países desarrollados deben pasar por la etapa del climaterio. En virtud de los logros alcanzados en nuestra salud pública, es de esperar que cerca de 4 millones de mujeres alcancen la edad de la menopausia, lo que de por sí solamente justificaría la necesidad del estudio de las modificaciones clínicas y su repercusión psíquica y social que ocurren en esta etapa de la vida para su debida atención.

Los efectos de la menopausia han supuesto un problema, aunque no tan generalizable en el de la población femenina, debido al poco periodo de vida que transcurría desde que aparecía la menopausia. Pero hoy en día el problema se acentúa debido a que la esperanza de vida es mayor, y por lo tanto los efectos son mayores, como consecuencia el mayor tiempo de vida bajo los efectos de la disminución en la producción de estrógenos.

Las mujeres asocian la tranquilidad que encuentran en esta etapa con el hecho de sentirse más maduras y mejorar su auto confianza ya que estas vivencias guardan relación con una mayor posibilidad de dedicarse a mejorar su desarrollo personal.

La afectación emocional en las mujeres al llegar a la etapa de climaterio y más específicamente durante la menopausia suele presentarse de una manera muy importante; la sintomatología es tan severa en ocasiones que muchas mujeres no logran manejarlo adecuadamente, incluso, se refleja en el ámbito familiar.

Es difícil saber que tan afectadas en cuanto al concepto y estima que se tienen las mujeres durante esta etapa de su vida, y que por lo tanto también las predispone a padecer problemas más serios como la depresión. Es necesario establecer correctamente este tipo de conductas para dirigir medidas preventivas y terapéuticas adecuadas.

El autoestima durante los primeros años de haber presentado la menopausia se espera sea baja, dado los factores y cambios a los que tienen que enfrentarse. Esto a su vez, también se refleja en su entorno familiar y social. La prueba de Rosenberg es una instrumento valioso para conocer en gran medida el autoestima y en cierta manera poder establecer medidas de apoyo para pasar por esta etapa con una mejor calidad.

IV. HIPÓTESIS.

Hipótesis Alterna: (Ha)

Las mujeres menopáusicas con menos de 5 años de evolución presentan mayor frecuencia de autoestima baja que las mujeres con más de 5 años de evolución.

Hipótesis Nula. (Ho)

Las mujeres menopáusicas con menos de 5 años de evolución no presentan mayor frecuencia de autoestima baja que las mujeres con más de 5 años de evolución.

V. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

1. Comparar la autoestima en mujeres menopáusicas de menos de 5 años de evolución con mujeres menopáusicas de más de 5 años de evolución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Comparar la autoestima en mujeres menopáusicas de menos de 5 años y más de 5 años de evolución de acuerdo a grupo etáreo.
2. Comparar la autoestima en mujeres menopáusicas de menos de 5 años y más de 5 años de evolución de acuerdo escolaridad, ocupación, estado civil.
3. Comparar la autoestima en mujeres con menopausia primaria y secundaria.

VI. METODOLOGÍA.

A). DISEÑO DEL ESTUDIO

- De acuerdo a la manipulación de las variables bajo estudio se trata de un estudio observacional.
- De acuerdo con el número de mediciones del fenómeno en el tiempo es un estudio transversal.
- De acuerdo con el número de grupos a estudiar corresponde a un estudio comparativo
- En relación con el periodo en que se capta la información se trata de un estudio prospectivo.

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO.

Se estudiaron mujeres con menopausia de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 25, de González, Tamaulipas, del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2006.

C). TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Para calcular el tamaño de la muestra para este estudio se utilizaron los siguientes datos en el programa estadístico Win Episcopo 2.0

n: tamaño de muestra.

P1 (proporción de mujeres con autoestima baja en el grupo A) = 0.30

P2: (proporción de mujeres con autoestima baja en el grupo B) = 0.50

α = 0.05 (Nivel de confianza = 95%)

β : 0.20

El tamaño de muestra a utilizar resulto ser de 70 mujeres con menopausia en c/grupo

D). CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

- **GRUPO 1:**
 - Mujeres con menopausia primaria y secundaria con menos de 5 años de evolución.
 - Derechohabientes y que pertenezcan a la UMF N° 25.
 - Que acepten participar en el estudio.
- **GRUPO 2:**
 - Mujeres con menopausia primaria y secundaria con más de 5 años de evolución.
 - - Derechohabientes y que pertenezcan a la UMF N° 25.
 - Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

- Mujeres que no estén adscritas a la unidad.
- Mujeres menopáusicas que presentan algún trastorno mental evidente
- Que presenten duelo reciente.

Criterios de eliminación

Cuando la mujer contesto de manera incompleta el instrumento de medición.

E). INFORMACIÓN RECOLECTADA.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

A. VARIABLE DEPENDIENTE:

AUTOESTIMA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la capacidad desarrollable de experimentar la existencia, concientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales, de amarnos incondicionalmente de las limitaciones que podamos tener o las circunstancias externas generadas por los distintos contextos de los que nos corresponde interactuar.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas; siendo valorado a través del test de Rosemberg.

ESCALA DE MEDICIÓN: Ordinal

CATEGORÍAS:

- 0 puntos equivale a autoestima bastante baja.
- 1-4 puntos se encuentra dentro de la normalidad.
- Más de 5 puntos: significa autoestima alta.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Prueba de Rosenberg

B. VARIABLE INDEPENDIENTE.

MENOPAUSIA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el cese permanente de la menstruación, como consecuencia de la pérdida de la función hormonal ovárica.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Cese permanente de la menstruación de más de 12 meses.

ESCALA DE MEDICIÓN: Binaria.

CATEGORÍAS:

- Menos de 5 años de evolución.
- Mas de 5 años de evolución.

FUENTE DE INFORMACION: Encuesta

F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

PROCEDIMIENTO

1. Se identificarán a las mujeres menopausicas que acudan a la consulta externa en los turnos matutinos y vespertinos de la UMF No. 25 de González, Tamaulipas.
2. Se les explicará el protocolo de investigación y se les solicitará su autorización para participar en él, mediante el consentimiento informado.
3. Se formarán 2 grupos, el grupo 1 constará de mujeres menopausicas de más de 5 años de evolución. El grupo 2 de menos de 5 años.
4. Se les realizará una encuesta a ambos grupos de donde se obtendrá los siguientes datos: edad, ocupación, escolaridad, etc.
5. Posteriormente se les aplicará a ambos grupos test de rosenberg para medir autoestima.
6. Finalmente se analizarán los datos obtenidos.

G). ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

1. Se utilizarán medidas de tendencia central como son media, mediana, porcentajes.
2. Medidas de dispersión: desviación estándar.
3. Se utilizarán la prueba de chi cuadrada para valorar la diferencia entre dos grupos con una significancia estadística $P < 0.05$.
4. Se utilizará un intervalo de confianza del 95% para la media.

H). CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio de investigación se regirá bajo las leyes vigentes de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación. Asimismo cumple con las normas establecidas por la Declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki, Finlandia, y revisiones en Tokio, Hong Kong y Venecia.

No se requiere de carta de consentimiento informado puesto que el estudio es de tipo descriptivo y observacional, de manera que no implica intervención médica o quirúrgica específicamente determinadas ni requiere de muestras biológicas como indicadores de condiciones patológicas o definitorias de condiciones clínicas que representen un factor determinante para el desarrollo y desenlace del estudio. ⁽²⁶⁾

VII. RESULTADOS.

Se estudiaron 146 mujeres con diagnóstico clínico de menopausia, que acuden regularmente a la consulta externa de medicina familiar de la UMF No. 25 del IMSS.

El intervalo de edad fue de 40 a 77 años, con un rango de 37 años; con una edad media de 47 años (S: 5.8; IC₉₅: 35.64 – 58.36).

Se agruparon por intervalos de edad predominando el grupo de 40-44 años con un porcentaje de 37.7 (Cuadro I)

Cuadro I. Distribución por grupos de edad en la población general.

GRUPO DE EDAD	N	%
40 – 49	103	70.5
50 – 59	40	27.0
60 – 69	1	0.7
> 70	2	1.8

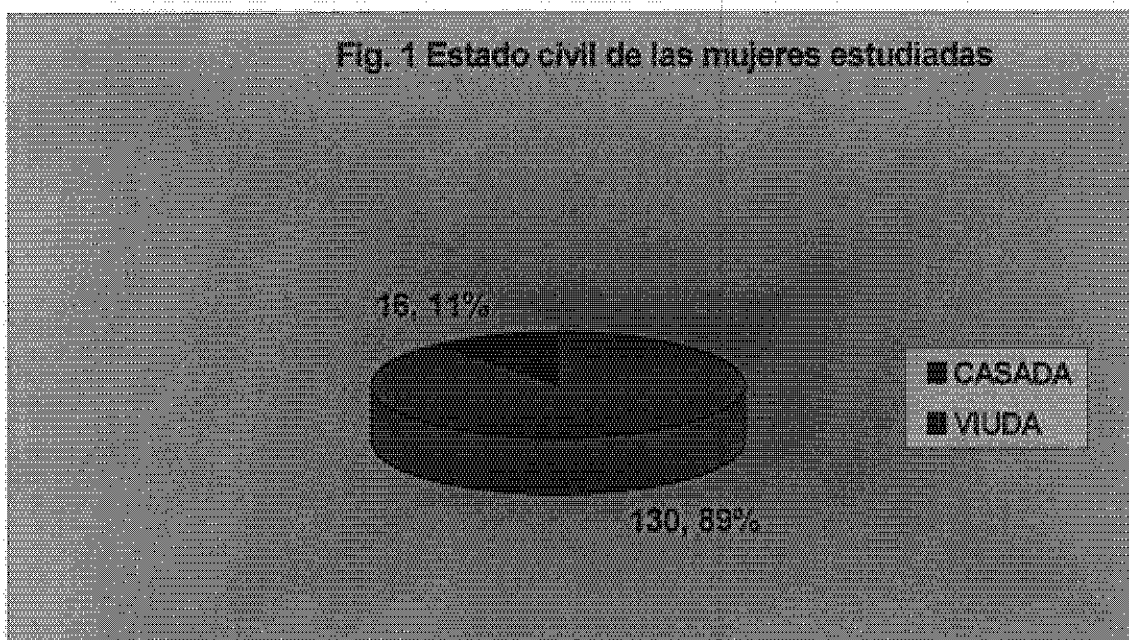
En cuanto a la escolaridad de las mujeres, se encontró un nivel muy bajo; prevaleciendo como grado máximo de estudio la primaria en 110 (75.4 %) de las mujeres. Solo una refirió nivel licenciatura. (Cuadro II).

Cuadro II. Distribución general de la escolaridad.

ESCOLARIDAD	N	%
ANALFABETA	30	20.5
PRIMARIA	110	75.4
SECUNDARIA	5	3.4
BACHILLERATO	0	0
LICENCIATURA	1	0.7

En relación al estado civil, solo se encontraron dos categorías, casadas (89.0 %) y viudas (16.0 %). (Figura 1).

Fig. 1 Estado civil de las mujeres estudiadas



En cuanto a la ocupación, la mayoría de las mujeres se dedican exclusivamente a labores del hogar (98.0 %); solo una es profesionalista. (Cuadro III)

Cuadro III. Ocupación de las mujeres estudiadas.

OCUPACION	N	%
HOGAR	143	98
EMPLEADA	2	1.3
PROFESIONISTA	1	0.7

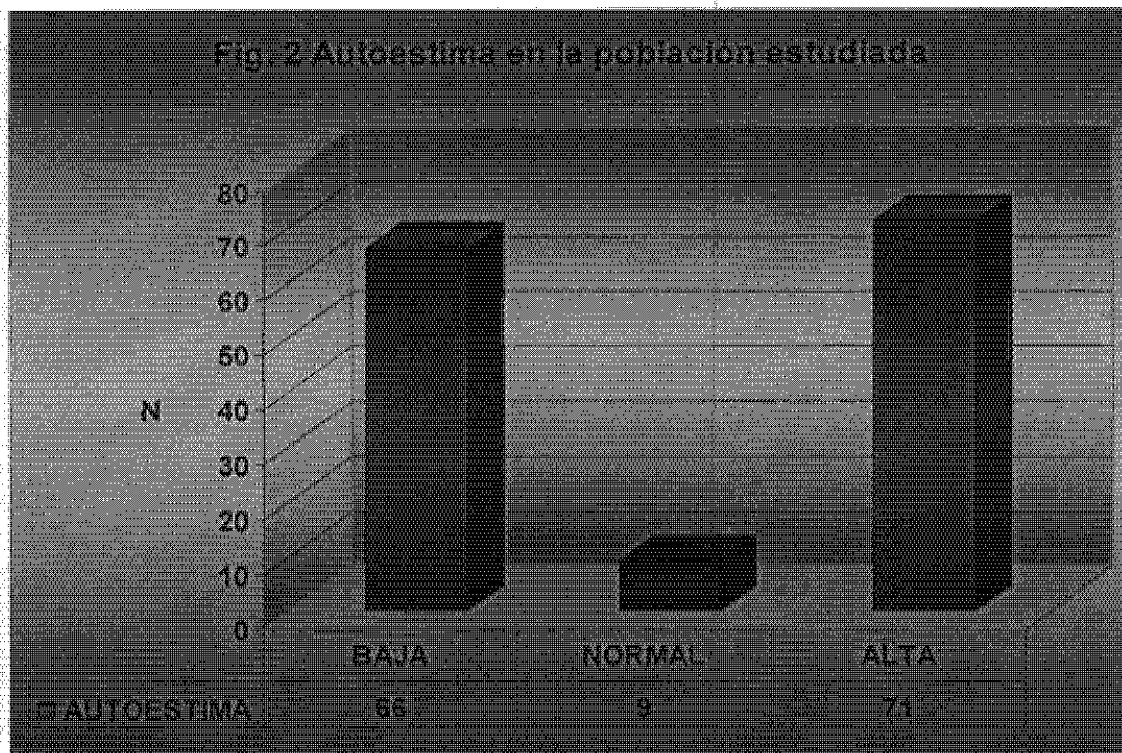
Para efectos del estudio se integraron dos grupos, cada uno con 73 mujeres: El grupo 1 constituido por las mujeres con menopausia de menos de 5 años de evolución, con un promedio de edad de 43.08 años (S: 2.26; IC₉₅: 42.55 – 43.61), con un intervalo de edad de 40 a 48 años; mientras en el grupo 2, con menopausia de más de 5 años de evolución se encontró una edad media de 51.2 años (S: 5.4; IC₉₅: 50.0 – 52.5), con un intervalo de 45 a 77 años. Mientras en el grupo 2, la población se concentró únicamente en el grupo de 40 a 49 años, en las mujeres del grupo 1 hubo una mayor frecuencia en el grupo de 50 a 59 años (54.8 %), seguido del grupo de 40 a 49 años (41.0%) (Cuadro IV)

Cuadro IV. Distribución por grupo de edad en ambos grupos.

GRUPO DE EDAD	GRUPO 1 N	GRUPO 2 N
40 – 49	30 (41.0 %)	73 (100.0 %)
50 – 59	40 (54.8 %)	0 (0 %)
60 – 69	1 (1.4 %)	0 (0 %)
> 70	2 (2.8 %)	0 (0 %)

AUTOESTIMA

En general, se encontró una frecuencia discretamente mayor de autoestima alta (48.6 %) que baja (45.2 %). (Figura 2).



En el grupo 1 se encontró una calificación promedio muy baja de 0.85 (S: 1.85; IC₉₅: -2.67 – 3.62). Las mujeres con autoestima baja predominaron, 59 (80.8 %), 5 (6.8 %) presentaron una autoestima alta.

En lo que respecta al grupo 2, se encontró una calificación promedio de 6.3 (S: 2.35; IC₉₅: 1.7 – 10.9). Las mujeres presentaron mayor autoestima alta que baja, 9.6 % vs 90.4 %. Asimismo, se encontró mayor autoestima alta en este grupo que en el grupo 1. (Cuadro V).

Cuadro V. Autoestima en los 2 grupos estudiados.

AUTOESTIMA	GRUPO 1	GRUPO 2
BAJA	59 (81.0 %)	7 (9.5 %)
INTERMEDIA	9 (12.0 %)	0 (0 %)
ALTA	5 (7.0 %)	66 (90.5 %)

Para verificar la hipótesis planteada en esta tesis, se utilizó la prueba de la Chi cuadrada con un nivel de significancia de 0.05 bajo las siguientes condiciones. Debido a que los datos se agruparon en una tabla cuadrangular, se utilizó un grado de libertad con un valor crítico para el área de rechazo de 3.84, por lo que si el valor observado de la prueba de la Ji cuadrada es mayor a ese valor crítico, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

Cuadro VI. Distribución de la autoestima baja en las mujeres según tiempo de evolución de la menopausia.

Tiempo de evolución	Autoestima		Valores marginales
	BAJA	ALTA	
< de 5 años	59	14	73
> de 5 años	7	66	73
Valores marginales	66	80	146

Como el valor calculado de la Chi cuadrada fue de 74.77 es mayor que 3.84 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna planteada en este estudio y que es que la autoestima baja es mas frecuente en mujeres con menopausia de menos de 5 años de evolución, con una valor de $p < 0.0001$.

VIII. DISCUSION.

Generalmente la menopausia se ha asociado siempre con cambios de carácter y labilidad afectiva, llanto fácil, ansiedad, falta de comunicación, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo. De todos los síntomas, el más frecuente es la depresión que se asocia con trastornos del metabolismo del triptófano por la falta de estrógenos, pues los estrógenos aumentan el cortisol sérico y éste la triptofanciclooxigenasa que transforma el hidroxitriptófano en serotonina. Una falta de esta última es la que genera depresión.

En relación con el aspecto de imagen y autoestima el ser luchadora y amistosa fueron los más destacados, debido a que al analizarse y mirarse ellas mismas lo hacen en función de otros, o de terceras personas, porque es más importante el ser y parecer para otros. Además, esto puede estar en relación con el temor que tiene la mujer de esta etapa en perder su atractivo físico y su aspecto juvenil, cuestiones que en nuestra cultura, a las mujeres, les gusta conservar.²²

En el grupo se estudiaron 146 mujeres con diagnóstico de menopausia de acuerdo a su escolaridad se encontró un nivel muy bajo, prevaleciendo el grado máximo en primaria en un 75.4%, similar a lo reportado por Malacara JM²⁵, quien refiere también una relación entre el nivel de escolaridad bajo y el aspecto psicoemocional de la paciente con menopausia.

En relación al estado civil, 89% son casadas y 16% viudas. En cuanto a ocupación la mayoría de las pacientes se dedica labores del hogar en un 98%. Resultados parecidos a los obtenidos por Delgado A, Galindo I, Pérez C; quienes reportan mayor frecuencia de casadas y dedicadas al hogar en su estudio.²⁰

En lo que respecta a la autoestima, en aquellas mujeres que estaban dentro de los 5 años de haber presentado menopausia se encontró una mayor frecuencia de autoestima baja (81 %), mientras que las mujeres con más de 5 años predominó la autoestima alta (90.5 %). Muy diferente a lo reportado por Valentín y Paz Aranda quienes encontraron mayor autoestima en su población con menos de 5 años, que oscila entre 60 y 70 % ²³; al igual que Delgado A et al, que también reportan una autoestima baja o negativa en pacientes con más de 5 años desde que presentaron la menopausia²⁰. Habría de valorarse mediante otro diseño de estudio que otros factores pueden intervenir para explicar la diferencia encontrada con estos autores.

La asociación de los síntomas emocionales con la disminución de estrógenos no es consistente. El problema es que intervienen factores emocionales propios de esta edad: el entorno familiar, donde la paciente puede estar viviendo el síndrome de nido vacío, por la ausencia de los hijos. El otro factor es la relación con la pareja, se dice vive la crisis del reencuentro, como resultado del alejamiento de los hijos.

Otro factor importante es el psicosocial. Después de criar a sus hijos, la mujer tiene problemas para integrarse a su entorno con labores con otro tipo de productividad y sociales.

Es importante también en esta etapa de la vida la comparación que muchas veces hace la mujer en relación con los estándares de vida en que se ha desenvuelto y que le sirven de referencia, donde ella misma valora sus capacidades físicas, mentales, rasgos de belleza, etcétera. En conclusión, hay una disminución de su satisfacción personal y por tanto de su autoestima. También surgen preocupaciones de índole laboral y económica, donde ella se ve menos apta para el trabajo y tiene cerca la jubilación, situación que la pone en desventaja en el contexto familiar.^{24,25}

IX. CONCLUSIONES

La mujer menopaúsica pertenece a un grupo social particular con un perfil epidemiológico que lo caracteriza, por lo que debe recibir una atención especializada y diferenciada en esta etapa tan importante de la vida donde, como hemos visto y es fácil inferir, tanto se puede hacer en prevención y en promoción de salud.

En la presente investigación se confirma que existen factores de riesgo que predisponen a la autoestima en la menopausia, la cual es una etapa importante en la vida de la mujer que afecta a su estado físico y emocional apareciendo entre los 44 y 55 años de edad con alteraciones psicológicas de falta de entusiasmo, irritabilidad, aprensión, insomnio, alteración del libido, ansiedad y el estado de ánimo.

En este estudio con 146 mujeres con diagnóstico clínico de menopausia, se encontró una mayor predisposición de autoestima baja en la mujer menopaúsica con un periodo de tiempo corto, en comparación con aquellas mujeres con más de 5 años de haber presentado el cese de sus funciones ováricas, por lo que se rechazó la hipótesis nula de que las mujeres con menos de 5 años de evolución presentan menos frecuencia de autoestima baja.

Entre los principales factores encontrados, fue que las mujeres con grado de escolaridad bajo, económicamente inactivas y casadas tuvieron principalmente autoestima baja, independientemente del tiempo de evolución de la menopausia.

La mujer climatérica además de presentar alteraciones de tipo hormonal que condicionan una serie de manifestaciones clínicas en esta etapa; intervienen factores socioculturales, económicos y familiares que influyen en su estado de ánimo.

- Es importante, que el Médico Familiar debe de valorar en forma holística a la paciente menopáusica, vigilando y/o controlando los siguientes factores:
 - a) Biológicos: Tipo y composición corporal, sintomatología. Uso de medicamentos.
 - b) Estilo de vida de la persona: Nivel cultural, escolaridad, ocupación, ejercicio, alimentación.
 - c) Sociales: Relación con personas externas al sistema familiar.
 - d) Familia: Interacción con cada uno de los integrantes.
- En las unidades de primer nivel de atención se deben formar grupos con mujeres en esta etapa de su vida; las cuáles deben recibir toda la información necesaria sobre la menopausia, los cuidados a seguir en su cuerpo, apoyo psicológico, nutrición.
- La mujer climatérica pertenece a un grupo social particular con un perfil epidemiológico que lo caracteriza, por lo que debe recibir una atención especializada y diferenciada en esta etapa tan importante de la vida, donde

hemos visto y es fácil inferir, tanto se puede hacer en prevención y en promoción de salud.

- Establecer una mayor participación de todo el sistema familiar, fortaleciendo vínculos entre cada uno de los integrantes, con la finalidad de dar mayor soporte emocional a la paciente durante esta etapa.

Con este enfoque, se hace evidente lo importante que resulta la labor preventiva, dirigida, en lo fundamental, hacia la limitación, y cuando sea posible, hacia la eliminación de estresores físicos y psicofisiológicos. La detección de estos agentes causales de estrés por el médico, deberá realizarse con un enfoque sistémico, conociendo al individuo y al medio donde vive.

X. RECURSOS

HUMANOS:

El presente estudio será realizado por Médico Residente de Medicina Familiar modalidad semipresencial:

Dra. Norma Edith Leija Castillo.

MATERIALES:

Expedientes clínicos; hojas de cálculo para recolectar resultados; material de oficina: hojas blancas tamaño carta, lapiceros,

FINANCIEROS:

Los gastos del presente estudio estarán a cargo de los médicos investigadores.

XI. REFERENCIAS.

- 1.- Mayeraux JE, Jonson C. Current Concepts in postmenopausal hormona. Replacement therapy. J Fam Pract 1996; 43: 69-72.
- 2.- Greene JG, Cooke DJ. Life stress and symptoms at the climaterium. Br J Psychiatry 1980; 136:486-491.
- 3.- Martín del Campo AF, Herrera Ferra KE. Climaterio y Depresión. Salud Mental 1996; 19(3):49-57.
- 4.- Guyton AC. Menopausia. En: Guyton. Tratado de Fisiología Medica. Editorial Interamericana McGraw-Hill. Séptima Edición. México, 1992: 970 al 973.
- 5.- Jones HW, Seegar GJ. Tratamiento de la Menopausia. En: Tratado de Ginecología de Novak. Editorial Interamericana. Décima Edición. México. 1991: 806 al 826.
- 6.- Schmidt P, Rubinow D. Menopause related affective disorders: a justification for further study. Am J Psychiatry 1991; 148: 844-852.
- 7.- Ausín UJ. Climaterio y menopausia. Editorial Palacios segunda edición. España. 1993: 9-15.

8.- Jiménez-López J, Pérez-Silva G. Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climaterio. *Ginecología y Obstetricia de México* 1999; 67:319-322.

9.- Ballinger CB, Smith Ahw, Hobbs PR. Factors associated with psychiatric morbidity in women a general practice survey. *Acta psychiatry Scand* 1985; 71: 272-280.

10.- Cardozo L, Gibb D, Studd J, Tuck S, Thom M. The use of hormone implants for climacteric symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 1: 336-337.

11.- Garaigordobil M, Durá M, Pérez JI. Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima. Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de psicología clínica y de la salud* 2005; 1: 53-63 .

12.- Davis-Kean PE, Sandler HM. Personality and Social Development A Meta-analysis of Measures of Self-Esteem For Young Children: A Framework For Future Measures. *Child Development* 2001; 72(3): 887-906.

13.- Aguilar AY, Puig PJS, Luna LAM. La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Revista Mexicana de Pediatría* 2002; 69, (5): 190-193.

14.- Gimenez-Ferrer C, Cortés-Miranda M, Loeza-Vargas P Confiabilidad y validación con niños mexicanos de dos instrumentos que miden la autoestima. Salud Mental 2003; 26(4): 40-6.

15.- Nathaniel Branden. Los seis Pilares De La Autoestima. Edit. Paidós Mexicana S.A. México, 2004: 21-22.

16.- Castaño D, Martínez-Benlloch I. Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. Anales de psicología. 1990; 6 (2): 159-168.

17.- Wachs TD, Plomin R. conceptualization and measurement of Organism environment Interaction. American Psychological Association. Washington, 1991.

18.- Millan T: Trastornos de la personalidad más allá del DSM. Masson. Barcelona, 1998: 24-25

19.- Fierro A. Cardenal V. Dimensiones de la personalidad y satisfacción personal. Revista Psicología General Aplicada 1993; 49: 65-83.

20.- Delgado A, Galindo I, Pérez C, Duque MJ. Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. Atención primaria 2001; 27 (1): 3-11.

21. Vázquez AJM, Jiménez RMJ. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología* 2004; 22(2): 247 - 255.
22. Huerta MRF. El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. *Salud Mental* 2000; 23 (3): 52 – 60.
23. Martínez VC, Paz PA. Estudio de la sexualidad en la mujer en el periodo climatérico. *Revista del climaterio* 2006; 9(52):145-9.
24. Lugones MB, Quintana TR, Cruz YO. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997; 13(5): 494-503.
25. Malacara JM. Menopausia: Nuevas evidencias, nuevos enigmas. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2003; 11(2): 61 – 72.

XII. ANEXOS.

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 25

**Cuestionario para el estudio de investigación: AUTOESTIMA EN LA
MENOPAUSIA**

Nombre: _____ Afiliación _____

Edad _____

Ocupación: _____ Estado civil _____

Escolaridad _____

Fecha que inició la menopausia _____

Años con menopausia _____

Resultado del test de Rosenberg _____

DRA. NORMA EDITH LEIJA CASTILLO

ANEXO 2

TEST DE ROSENBERG

Estimada Señora:

Por favor marque con una cruz, (X) al lado de cada pregunta, la respuesta que para usted se adapte mejor a lo que usted siente.

Es importante que la respuesta sea lo mas sincera posible.

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás _____ Si No
2. Estoy convencido de que tengo cualidades. _____ Si No
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente _____ Si No
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo _____ Si No
5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo _____ Si No
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso. _____ Si No
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado _____ Si No
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo _____ Si No
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. _____ Si No
10. A menudo creo que no soy una buena persona _____ Si No

0 puntos = Autoestima Baja

1 a 4 puntos = Autoestima intermedia

5 a 10 puntos = Autoestima Alta

Gracias por su participación