

Universidad de Ciencias Médicas de la Habana

Facultad: “Manuel Fajardo”



Climaterio y morbilidad en mujeres de edad mediana trabajadoras del Hospital González Coro. 2017-2018

Autora: Lic. Caridad Fuentes Garmendia

Tutoras: M. Sc. Dra. Blanca Rosa Manzano Ovies

M. Sc. Dra. Liliam Delgado Peruyera

Asesora: Dra. C. Julia Pérez Piñera

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO CIENTIFICO DE MASTER EN:
INVESTIGACIONES EN CLIMATERIO Y MENOPAUSIA**

La Habana, 2019

Universidad de Ciencias Médicas de la Habana

Facultad “Manuel Fajardo”



Climaterio y morbilidad en mujeres de edad mediana trabajadoras del Hospital González Coro. 2017-2018

Autora: Lic. Caridad Fuentes Garmendia

**Tutoras: M. Sc. Dra. Blanca Rosa Manzano Ovies
Profesora Titular y Consultante. Investigadora Auxiliar**

**M. Sc. Dra. Liliam Delgado Peruyera
Profesora Auxiliar**

**Asesora: Dra. C. Julia Pérez Piñera
Profesora Titular e Investigador Auxiliar**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO CIENTIFICO DE MASTER EN
INVESTIGACIONES EN CLIMATERIO Y MENOPAUSIA**

La Habana, 2019

El mundo está en manos de quienes son capaces de ver las transformaciones del presente, de los que tienen coraje para vivir sus sueños, cada uno de acuerdo con su propio talento.

Paulo Coelho

DEDICATORIA

*A mi querido e inolvidable padre, a la
memoria del Profesor Orlando Mitjans*

AGRADECIMIENTOS

A mí querida madre con su apoyo, perseverancia durante toda mi vida alentándome a superarme y ser cada día un mejor ser humano, mis hijos con su cariño sincero e incondicional. Mi esposo por dedicarme tanto amor, paciencia, apoyo y disponibilidad.

Al claustro de Profesoras de la maestría por haberme entregado horas interminables de conocimientos, experiencias y sabidurías.

Mi querida y carismática Profesora Dra. Blanca Rosa Manzano por su constancia, desvelo, lealtad y preocupación para conmigo.

La Dra. Deysi Navarro mis sinceros agradecimientos por su gran sencillez, e importante apoyo en esta etapa final.

Especial reconocimiento a la Dra. Julia Pérez que a pesar de estar convaleciente contribuyó en la culminación de esta tesis.

A los trabajadores del Servicio de Atención médica internacional, central de esterilización.

La Profesora Dra. Lilian Delgado Peruyera y su encantadora familia ellos quedarán para siempre en mis vivencias, gracias por su cariño, bondad y su fe.

Sería interminable mencionar todas las personas que estuvieron a mi lado durante estos años de estudio y trabajo gracias a todos.

Resumen

Introducción: El envejecimiento poblacional ha llevado a nivel mundial un incremento de la mujer en edad mediana lo cual a su vez aumenta sus necesidades de atención médica. **Objetivos** Identificar el estado actual de la morbilidad por afecciones crónicas y su relación con factores sociales (tipo de trabajo y sobrecarga de género) y describir las características del climaterio y su relación con la actividad laboral y la sobrecarga de género.

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo y transversal.

Métodos: Para la obtención de la información se realizó revisión minuciosa de bibliografía y literatura publicada sobre estudios en Climaterio y menopausia, se aplicó el instrumento (Clasificación del síndrome climatérico) validado en la Escuela Nacional de Salud Pública, sobre la percepción de la sintomatología del climaterio y se calculó según su instructivo. Para la evaluación del condicionamiento genérico se utilizó el Índice de condicionamiento de género.

Resultados: Se estudiaron 90 mujeres en edad mediana, en las peris menopáusicas el 52,5 % estaban entre los 40 y 44 años y en las posmenopáusicas un 58,1 % tenía de 55 a 59 años. El 47,7% con hábitos tóxicos como el tabaquismo, 48,8 % con un exceso de peso corporal y el 36,6% hipertensas. Las administrativas presentaron en un 75,0 %, la intensidad del síndrome climatérico de moderada. El 61,5 % de las féminas de servicio pertenecen a la población en estudio por hipertensión y el 34,4 % utiliza el tratamiento indicado. Se encontró que el 86,6 % la presentaba recarga genérica.

Conclusiones: La morbilidad más frecuente encontrada fue la hipertensión y el sobrepeso en mujeres universitarias casadas y en la perimenopausia y con síndrome climatérico crítico, la mayoría realizaba las tareas sin ayuda.

Palabras claves: Climaterio, menopausia, género

Índice	Pág.
Introducción	1 - 8
Objetivos	9
Marco teórico	10 - 34
Material y método	35 - 40
Resultados y Discusión	41 - 60
Conclusiones	61
Recomendaciones	62
Referencias Bibliográficas	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Introducción

A pesar de haber sido ignorada por mucho tiempo, y subestimada tanto por las propias mujeres como por muchos profesionales a través de diferentes épocas, la etapa del climaterio y la menopausia ha sido motivo de menciones históricas, literarias, culturales y de interés más aún para los investigadores. Son muy antiguas las citas que hay sobre los síntomas y las molestias propias de la mujer en esta etapa de la vida, y que siempre alertaban y relacionaban de manera constante acerca del final de la vida reproductiva. La presencia de la mujer ha estado en todos los momentos de la historia, y la importancia del medio social en el cual se ha desenvuelto también ha sido señalada. ⁽¹⁾

No pocas mujeres se preguntan qué hacer cuando comienzan a perder la tersura de la piel, y manifiestan cambios de estado de ánimos, dados por la irritabilidad, nerviosismo, depresión y ansiedad, así como las sudoraciones, palpitaciones y oleadas de calor. ⁽²⁾

Ya desde épocas remotas se han conocido los cambios que padecen las mujeres durante la etapa del climaterio y estas alteraciones se relacionaron con la desaparición del ciclo menstrual. Las primeras menciones sobre la mujer en la posmenopausia se hallan en los papiros egipcios, en los que se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban. Hipócrates menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones, así como Aristóteles, en el año 322 a.n.e., describió en su *Historia Animalium* que la menstruación cesa alrededor de los 50 años.⁽³⁾ El *Corpus Hipocraticum* se refiere en forma ambigua, en el tratado sobre la naturaleza de la mujer, a un cuadro de amenorrea que tanto podría corresponder al climaterio, como a una amenorrea instalada durante la etapa fértil. *Aecio de Amida* (siglo VI a.n.e.) refiere que la menstruación cesa nunca antes de los 35 años y si hacia los 50 años. ⁽⁴⁾

Es decir, que ya desde la antigüedad hay coincidencia en estos tres autores en cuanto a la edad del cese de la menstruación. Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia, fueron escasas y esporádicas. ⁽⁵⁾

Las sociedades feudales, destacaron una noción desfavorable de la mujer menopáusica. Por ejemplo, las indemnizaciones por la muerte de una mujer embarazada podían llegar a ser mayor o igual a la de un soldado, pero si esta era posmenopáusica, la suma disminuía hasta hacerse casi nula. ⁽⁶⁾

John Freind en 1729 describió que el cese de la menstruación se llevaba a cabo alrededor de los 49 años. El enfoque más clínico del problema aparece en los siglos XVIII y XIX en el mundo occidental en países como Francia e Inglaterra. Gardanne en 1816 (Francia), introdujo el término de menopausia para referirse al cese de las menstruaciones. Pero fue en 1857, en que Edwards Tilt da a conocer en Inglaterra uno de los primeros trabajos con cierta metodología científica con respecto al climaterio. En este se valora determinadamente y con criterios estadísticos los síntomas y trastornos a la mujer climatérica y se relacionan con la involución ovárica en esta edad.⁽⁷⁾

Otros autores a inicios del siglo XIX comienzan a modificar sus investigaciones y ya establecen los otros síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos. *Colombat de L'Isere* en el siglo XIX, al referirse a la mujer menopáusica decía: "Se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan el templo, solo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento". Todavía en el pasado siglo XX, un autor de gran prestigio universal, como fue Sigmund Freud dijo acerca de las mujeres en esta etapa: "Son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas."

A finales de la década de los años 40, también del pasado siglo, hacen su aparición en el escenario varios científicos que se convierten en los que fueron llamados los apóstoles del evangelio y que predicán acerca del estudio de la menopausia y su importancia para la salud de las mujeres, y disertan sobre el efecto provechoso de la terapia de reemplazo hormonal, fundamentalmente con estrógenos. Entre ellos se destacan Robert Benjamín Greenblatt, pionero de la ginecología endocrinológica, y Fuller Albright, epítome del investigador clínico por excelencia, quienes demuestran por primera vez que los estrógenos ejercen una

acción importante, no solamente en la esfera ginecológica, sino también fuera del aparato reproductivo.

El profesor Greenblatt continuó hasta el fin de su brillante y pródiga existencia, que fue en el año 1987, difundiendo la manera de cómo una mujer en la posmenopausia podría mantener su dignidad y juventud. Él mismo era un enamorado de la vida y un jovial soñador que tenía un secreto que compartir, seguramente inspirado en Shakespeare para decir: "...una buena pierna cojeará, una espalda recta se encorvará, una ensortijada cabellera encanecerá, un cutis terso se arrugará, un ojo pleno se ahuecará, pero un buen corazón, es el sol y la luna".⁽⁸⁾

En el pasado siglo, uno de sus principales logros fue el aumento de la expectativa de vida que se experimentó en todo el mundo de forma global, por lo que el presente tendrá entre sus retos brindar atención y mejorar la calidad de vida a una población cada vez más avejentada. Es conocida la paradójica mayor esperanza de vida de las mujeres, se reconoce que es aproximadamente de 7 a 10 años más dilatada que en los hombres, sin embargo, las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y de discapacidades durante su existencia que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas que los varones.

Las mujeres tienen mayores probabilidades de experimentar el equivalente a dos o tres años más de mala salud, en comparación con los hombres durante el curso de su vida. Este importante acontecimiento, trae como consecuencia un incremento significativo de las mujeres en edad mediana, donde por cambios biológicos, con una marcada interrelación social se producen alteraciones que pueden requerir de atención especializada en salud; así como comprensión, tolerancia familiar y social.⁽⁹⁾

La incorporación de la mujer al mundo laboral, ha sido un fenómeno que comenzó hace más de un siglo, en el mundo. En nuestro país, después del triunfo de la revolución, el gobierno implementó políticas que fueron favorables para la incorporación de la mujer en el mundo laboral.⁽¹⁰⁾ Esto a su vez significó que la

mujer se incorporó cada vez más en el mundo técnico y profesional, lo que no significó que en el espacio doméstico se redistribuyeran los roles entre la familia, lo que significó que se triplicara o cuadruplicaran las cargas ante el significado social de su incorporación y las tareas asignadas y asumidas del cuidado de los otros en el espacio privado.

La investigación de Artilles (2001) mostró que, en la etapa del climaterio, en las mujeres trabajadoras, el rol reproductivo representó una doble carga de trabajo, estrés asociado a la extensión sin límites de la jornada laboral, incompatibilidad con el rol productivo y falta de tiempo para el autocuidado. Las sobrecargas generadas por el desempeño del rol reproductivo se asociaron con el incremento en la frecuencia de los síntomas climatéricos. La mayoría de las mujeres con trabajo remunerado debieron afrontar también el trabajo doméstico compartido, en mayor o menor grado. Paradójicamente, al mismo tiempo, el trabajo representó una importante fuente de autovaloración, así como expresión de independencia en y debido al manejo de recursos propios. ⁽¹⁰⁾

Según el Dr. Eduardo Cáceres Álvarez: "la mujer es el único animal sobre la tierra agobiada por la menopausia", ya que todos los animales pueden reproducirse hasta el último día de sus vidas. Sin embargo, esta desigualdad tan peculiar no existió siempre. Hasta el año primero de nuestra era o poco después, la expectativa de vida era de 33 años y la mujer como todos los animales de diferentes especies, morían con sus funciones ováricas en pleno apogeo.⁽¹¹⁾

El incremento en la esperanza de vida al nacer, la disminución de la fecundidad y la mortalidad han traído como consecuencia el envejecimiento de la población. Particularmente en la población femenina, esto significa que el número de años que vive la mujer después de la menopausia ha ido aumentando y se estima hoy en día que las mujeres pasan un tercio o más de sus vidas en la postmenopausia y la senilidad.⁽¹²⁾

El concepto 'sexo' se reserva preferentemente para referirse a las características biológicamente determinadas (anatómicas y fisiológicas) y relativamente invariables que diferencian a los hombres de las mujeres. El concepto 'género',

por otra parte, se refiere al significado social atribuido a esas diferencias biológicas, esto es, a las características socialmente construidas que diferencian y articulan los ámbitos de lo masculino y lo femenino. Se nace macho o hembra, pero se aprende a ser hombre o mujer y a comportarse como tal. Esta conducta aprendida conforma la identidad de género.⁽¹³⁾

Las mujeres con múltiples roles finalizan con más deberes, más presiones de tiempo y estrés, esto puede aumentar las posibilidades de presentar problemas de salud agudos y crónicos y disminuir su atención a su solución. Por otro lado, no puede considerarse un grupo homogéneo pues pueden existir diferencias en cuanto a la posición socioeconómica, el nivel de escolaridad, las características étnicas, entre otras. Como consecuencia de ello se han encontrado diferencias notables entre la salud de mujeres con poder en carreras de gerencia y la mujer poca o nada calificada.⁽¹⁴⁾

En Cuba, en el año 1959, triunfó la revolución y dentro de ese radical proceso de cambio tuvo lugar otra revolución, la revolución de las mujeres. El estado cubano propuso programas que garantizaran la igualdad de derechos, oportunidades y posibilidades a hombres y mujeres, transformando la condición de discriminación y subordinación a que secularmente había estado sometida la mujer cubana y promoviendo la eliminación de estereotipos sexuales tradicionales y la reconceptualización de su papel en la sociedad y en la familia.

A partir de este momento comienza la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, se convierte de trabajadora en el hogar en trabajadora asalariada, pero debe continuar cumpliendo con su rol de mujer, como fue socializada, debe continuar desempeñando las tareas en el hogar, con el cuidado de sus hijos, debe asumir la doble jornada laboral y con ello la sobrecarga de género.^(15,16)

En documentos de Conferencias tan importantes como la Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 existe un capítulo dedicado a la mujer, otro a la familia, la salud reproductiva entre otros, pero en estos momentos la mujer de edad mediana se encuentra sumida en las recomendaciones generales para la mujer, independientemente que si existen referencias específicas para las niñas y las

adolescentes y en la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing de 1995, o no aparecen referencias explícitas a este grupo de mujeres o cuando se hacen son partes de consideraciones generales o de otro tipo, pero sin mencionar en detalle los problemas o proponer acciones al respecto.⁽¹⁷⁾

En el Programa de Acción del Cairo, En la Plataforma de Acción de Beijing, que es una conferencia dedicada específicamente a la mujer, en el importante capítulo dedicado a la salud ,existen referencias como las siguientes“ las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva que no suelen encararse de manera adecuada las perspectivas a largo plazo de la salud de la mujer sufren transformaciones en la menopausia que sumadas afecciones crónicas y a otros factores como, la mala nutrición y la falta de actividad física, pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. Estas referencias son ejemplos de lo comentado con anterioridad sobre la inexistencia o generalidad de las recomendaciones, las cuales muestran lo que hay que insistir hasta obtener una aceptación internacional y nacional de la problemática de las mujeres en edad mediana, para lograr el reconocimiento requerido, y la consecuente definición de acciones y políticas al respecto.⁽¹⁷⁾

Estas mujeres son esposas, hijas, madres, abuelas, más otras relaciones familiares por consanguinidad o afinidad, incluido en no pocos casos de nietas dado el aumento de la esperanza de vida. A todo esto, debe unírsele sus responsabilidades sociales, sobre todo laborales. Todo ello ocasiona que estén sometidas a cargas que otros grupos de edad no reciben y al no estar contempladas en grupos considerados como vulnerables -niñas, adolescentes, en edad reproductiva, envejecidas, no estaban diseñados e implementados programas de atención específicos, situación que internacionalmente es muy similar. Una de las razones que puede incidir es la falta de información, la cual impide el conocimiento del problema, sus particularidades y características que lo diferencian de otros y, por tanto, necesita de una atención específica.

En gran medida la mayor morbilidad y discapacidad de las mujeres se justifica por los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales

y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud. Cabe mencionar que las mujeres durante el ciclo de vida realizan el trabajo de cuidadoras del bienestar familiar, puesto que son las que tienden a cuidar primero a los hijos, después a los padres y finalmente al cónyuge enfermo durante la vejez. En los últimos años los roles de las mujeres han cambiado, en muchos casos empeorando su situación al propiciar el fenómeno de la "doble jornada" o "triple jornada". Esta diferencia de género, que se transforma en una desigualdad, condiciona seriamente el bienestar social, biológico, psicológico y físico de las mujeres de forma diferencial de acuerdo a su edad.⁽¹⁾

En las sociedades latinoamericanas también se ha acelerado el cambio poblacional. En las décadas pasadas ha crecido apreciablemente la proporción de personas mayores de 60 años, y en este grupo, es mayor la cantidad de mujeres. El resultado general de este proceso es la conformación de una población fundamentalmente adulta, con los efectos que esto tiene en la modificación de las necesidades sociales y el consecuente cambio en los roles y funciones de la mujer. Por otra parte, la mayor longevidad femenina conlleva el riesgo de asociarse a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas.⁽¹⁷⁾

Las estadísticas de salud en distintos países señalan, desde hace algún tiempo, que la esperanza de vida de la mujer ha aumentado desde los 62 años hasta sobrepasar los 80, mientras que la edad a la que se alcanza la menopausia ha variado poco, situándose aún entre el final de la cuarta década hasta los primeros años de la quinta.

El estudio del climaterio y la menopausia constituye una línea de investigación potenciada por la OMS al nivel mundial; sin embargo, existen aún poblaciones donde no se conocen estos aspectos, incluso en América Latina. Cuba sigue siendo una excepción, por sus resultados en el plano médico-asistencial y la aplicación de programas de desarrollo social.⁽¹⁷⁾

Las perspectivas de la población cubana en la transición demográfica presentan importantes implicaciones a mediano y largo plazo, derivados del descenso de la

fecundidad en las últimas décadas. Esto conllevará a un aumento progresivo del número de mujeres de edad mediana. ⁽¹⁷⁾

La percepción de salud de la mujer climatérica, es vista a partir de que duermen tranquilas y se levantan descansadas, se concentran con facilidad y se sienten bien de salud, porque para ellas las enfermedades son la hipertensión arterial, la diabetes Mellitus, entre otras, e ignoran que, en un climaterio mal tratado, lleva a complicaciones para estas patologías. ⁽¹⁸⁾

Novedad científica. El enfoque médico social concebido para la atención a la mujer durante el climaterio que fue refrendado en una importante propuesta a partir de la experiencia acumulada por un grupo de trabajo en la consulta de Climaterio y Menopausia del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" de La Habana cito en el Municipio Plaza de la Revolución,, se ha convertido en una herramienta de trabajo para la atención a las mujeres durante el período de envejecimiento, denominado "Modelo de atención a la mujer climatérica", (MACLI) que surge en el año 1999.

La importancia de nuestra investigación radica, en mostrar las características de la mujer de edad mediana trabajadoras del Centro de referencia antes mencionado vista de una perspectiva más profunda, la visión va dirigida a indagar en su modo de vida, tanto laboral, como doméstico, investigar sobre morbilidad oculta que influya como factores de riesgo de enfermedad , en vista a proporcionar un mejor enfoque de la mujer en esta etapa de la vida, que pueda servir para diagnostico precoz así como atención especializada y brindar acciones de salud que la beneficien.

Problema práctico. la presencia de determinados elementos bio-sociales pueden ser factores de riesgo en la sintomatología e intensidad del síndrome climatérico, La longevidad actual de la mujer climatérica determina que más del 33% de la población femenina del país se encuentre en esta etapa de vida, donde aparecen afecciones que comprometen la salud física y emocional. El alto porcentaje de estas féminas y los conocidos riesgos a los que se exponen, evidencian la

necesidad de atención multidisciplinaria, teniendo en cuenta lo antes expuesto propusimos realizar esta investigación.

Problema científico. ¿Climaterio y morbilidad de las mujeres de edad mediana trabajadoras del Hospital G/O “Ramón González Coro”?

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar el estado actual de la morbilidad por afecciones crónica y su relación con factores sociales (tipo de trabajo y sobrecarga de genero)

Objetivo específico

Describir las características del climaterio y su relación con la actividad laboral y la sobrecarga de género.

MARCO TEORICO

Marco teórico

El final del período fértil de la mujer se caracteriza por toda una serie de modificaciones morfológicas y funcionales que implican el cambio a un nuevo estado biológico no reproductivo, la menopausia. En esta etapa se producen cambios hormonales desfavorables a la supuesta protección que ejercen las hormonas femeninas sobre el organismo y aumenta, por consiguiente, el riesgo de morbilidad y mortalidad en estas edades, cuando aún la mujer es laboralmente útil a la sociedad. Esta nueva fase repercute en su calidad de vida. ⁽¹⁷⁾

En los últimos años se ha elevado el interés por el estudio del climaterio por tres razones fundamentales ^{(9) (19) (20)}

- ❖ **Problema sociodemográfico:** dado el elevado crecimiento y envejecimiento de la población mundial; fenómeno al cual nuestro país no está ajeno ya que la esperanza de vida en la mujer cubana es hasta los 80 años.
- ❖ **Problema de salud:** dado por la morbilidad del síndrome climatérico y la provocada por las afecciones cardiovasculares, del sistema nervioso central y la osteoporosis.
- ❖ **Demanda de atención:** debido a la solicitud de cuidado por parte de las mujeres de edad mediana con el fin de mejorar su calidad vida cuando se encuentran agobiadas por los síntomas del climaterio y no han tenido una preparación previa durante su juventud que les permita atravesar la frontera climatérica de una forma más segura.

Una de las razones que puede incidir es la falta de información, la cual impide el conocimiento del problema, sus particularidades y características que lo diferencian de otros y, por tanto, necesita de una atención específica. En gran medida la mayor morbilidad y discapacidad de las mujeres se justifica por los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y tipos de ocupación que, frecuentemente, generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud.

Cabe mencionar que las mujeres durante el ciclo de vida realizan el trabajo de cuidadoras del bienestar familiar, puesto que son las que tienden a cuidar primero a los hijos, después a los padres y finalmente al cónyuge enfermo durante la vejez. En los últimos años los roles de las mujeres han cambiado, en muchos casos empeorando su situación al propiciar el fenómeno de la "doble jornada" o "triple jornada". Esta diferencia de género, que se transforma en una desigualdad, condiciona seriamente el bienestar social, biológico, psicológico y físico de las mujeres de forma diferencial de acuerdo a su edad. ^(20,21)

El envejecimiento es un proceso continuo que comienza desde la vida intrauterina y no se manifiesta de manera similar en todos los órganos; en este sentido, el fin de la etapa reproductiva de la vida femenina se expresa con la menopausia y estos eventos se deben a un cambio en varios sistemas del organismo de la mujer. La transición a la menopausia se define en forma parcial por la irregularidad menstrual síntoma que se produce en casi el 90 % de las mujeres durante los cuatro años previos al cese definitivo de la menstruación y que ocurre en respuesta a cambios dentro del ovario y de manera específica a una disminución notable del número de folículos y del contenido de células granulosa. Como resultado decrecen las concentraciones de inhibina B, lo que reduce la retroalimentación negativa de FSH y suscita un aumento mono trófico de FSH. Este incremento del ciclo en FSH puede acortar la fase folicular debido a la foliculogénesis acelerada. Las concentraciones de estradiol permanecen relativamente constantes con la edad hasta la transición menopáusica donde se elevan al inicio en respuesta al incremento de los valores de FSH. A medida que falla el ovario decaen las concentraciones de progesterona y ello conduce a una fase lútea acortada, por consiguiente, un signo temprano de la disminución de la función ovárica puede ser una reducción del intervalo intermenstrual.

El manchado pre cíclico también puede indicar deficiencias en la producción de progesterona. A medida que se aproxima el último período menstrual y declina el complemento de ovocitos a un nivel crítico, se reducen las concentraciones de estradiol, lo que causa bochornos, atrofia vaginal y pérdida acelerada de la

densidad mineral ósea, así mismo hay una tendencia constante a un aumento en la duración media del ciclo con un promedio de modo característico de 40 a 42 días. A lo largo de la vida, experimenta cambios importantes en su organismo que comienzan desde la vida intrauterina (semana 20) con la instauración de la dotación folicular, pasando por el comienzo de la menstruación (menarquia), embarazo y parto, menopausia (cese definitivo de la menstruación) y la senectud.

La dotación folicular se instaure desde la vida intrauterina, los cuales están situados en la corteza del ovario, constituyendo el aspecto más importante de la histología ovárica. La depleción de los folículos primordiales comienza desde las 20 semanas de vida intrauterina y desde este período hasta el nacimiento se pierden algo más de 5 millones de estos (85%), debido al fenómeno de atresia, por tanto, al nacer quedan alrededor de 1 millón de folículos en el ovario que miden aproximadamente 1 cm. de diámetro. Después de los 35 años de edad, el ovario disminuye de tamaño y peso, y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrésicos en degeneración. La atresia se hace más intensa cuando el ovario envejece y llega un momento en que faltando los elementos básicos del ciclo, que son los folículos primordiales, el ciclo se termina. Al no madurar los folículos, no hay estrógenos ni inhibina y al no formarse cuerpos amarillos, no hay progesterona.

La disminución en la producción ovárica de estrógenos va a producir una falta de *feedback* estrogénico sobre el hipotálamo, por lo cual se producirá un aumento de la producción de FSH y LH por la hipófisis, induciendo la aparición de síntomas neurovegetativos. La falta de estrógenos, además, altera los niveles de otras hormonas: eleva la paratohormona y disminuye la calcitonina, resultando de aquí una movilización de calcio y una tendencia a la disminución de la masa ósea. Por otra parte, el descenso de los estrógenos produce alteraciones en el perfil lipídico, que se caracteriza por una elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), formadas fundamentalmente por colesterol y por un descenso de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) ⁽¹¹⁾

Morbilidad: la morbilidad se refiere a la incidencia de enfermedades en la población e incluye tanto enfermedades mortales como no mortales.

Edad Mediana: es la que se corresponde con mujeres de 40 a 59 años, grupo humano al que va dirigida la atención del grupo de climaterio. (22,23)

Durante la edad mediana considerada entre los 40 y 59 años, se producen con frecuencia variados síntomas que caracterizan este período que constituye el tránsito de la vida reproductiva (climaterio) hacia a la pérdida total de esa capacidad: menopausia.^(8, 21,24)

Climaterio: existen tantos conceptos de climaterio como autores que estudian el tema, no obstante, hemos preferido hacer uso de los que se exponen en el Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia, Ciudad Habana, efectuado los días 14 y el 15 de diciembre del 2006, donde se define como: el período de transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la mujer, que se divide en dos etapas.⁽¹⁷⁾

- **Peri menopausia:** desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia. (11,17)
- **Posmenopausia:** desde la menopausia hasta los 64 años y a la vez se subdivide en:
 - ❖ **Etapa temprana:** se refiere a los 5 primeros años de la posmenopausia.
 - ❖ **Etapa tardía:** desde los 5 años de la menopausia hasta los 64 años.

Otros autores como Paredes Pérez señalan que "el climaterio es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparece la menstruación, se pierde la capacidad reproductiva, se producen signos de des feminización y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, todo esto como consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica". Climaterio viene del griego "*klimakter*", en latín "*climacter*" que significa escalera, peldaño, escalón en la vida de una persona, momento difícil de superar. Es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez. ⁽⁹⁾

- ❖ **Síntomas precoces:** son aquellos que ocurren con máxima frecuencia durante la peri menopausia y en el año de amenorrea; bajo esta denominación se encuentra el subgrupo conocido como síntomas vasomotores que incluye las palpitaciones, las sudoraciones y los sofocos o hot flashes que al parecer caracterizan al climaterio. También conforman este grupo los síntomas psicológicos que abarcan la irritabilidad, la ansiedad, la depresión, el insomnio y la disminución de la libido.
- ❖ **Síntomas intermedios:** son aquellos que ocurren entre los 2 – 5 años de la posmenopausia entre estos se encuentran los síntomas genitourinarios que incluyen sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria.
- ❖ **Síntomas tardíos:** su debut clínico ocurre 10 años después de la menopausia, generalmente están relacionados con el déficit estrogénico existente que lleva a un incremento en la morbimortalidad en afecciones como la osteoporosis, la aterosclerosis, el Alzheimer, la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, la Insuficiencia Coronaria, y las neoplasias de mama, útero y ovario

Los cambios que determinan esa sintomatología se producen en el aspecto biológico por la disminución o cese de la función ovárica; en lo psicológico según la personalidad desarrollada y en lo social, como expresión compleja del mundo de las relaciones que se establecen en el escenario donde las mujeres se desenvuelven cotidianamente.⁽¹¹⁾

Síndrome climatérico

Las manifestaciones que se producen como consecuencia del cese de la función ovárica y del déficit hormonal consecuente se expresan con síntomas muy característicos que se conocen como síndrome climatérico y se enuncian a continuación:

- ❖ **Síntomas vasomotores:** sofocos u oleadas de calor, sudoraciones nocturnas, palpitaciones, parestesias e hiperestésias, dolores de cabeza.

- ❖ **Síntomas genitourinarios:** dispareunia, disminución del placer sexual, sequedad vaginal, atrofia genital, polaquiuria, tenesmo vesical, disuria, incontinencia urinaria y trastornos menstruales.

Entre las alteraciones genitourinarias encontramos sintomatología como sequedad vaginal, dispareunia, tenesmo vesical, poliuria, disuria y la incontinencia urinaria, identificando como causa de estas manifestaciones a la disminución de los receptores de estrógeno y progesterona situados en la uretra y trigono vesical; además de los plexos venosos submucosos que contribuyen a la función del cierre uretral y el tejido submucoso rico en colágeno, que también influido por los estrógenos, lo que permite establecer una correlación entre el aparato genital, urinario y la actividad de las hormonas sexuales.⁽¹¹⁾ Se disminuye el tono muscular de la región, se acorta la uretra favoreciendo la aparición de la incontinencia urinaria, el síndrome uretral y el incremento de las infecciones urinarias. Todos esos síntomas pueden producir disfunciones que afectan la calidad de vida de la mujer en el aspecto relacionado con la sexualidad. ^(21,22)

- ❖ **Síntomas psicológicos:** insomnio, nerviosismo, irritabilidad, labilidad emocional, disminución interés sexual, pérdida de la capacidad de memoria-concentración, apatía, tristeza, miedos y depresión.
- ❖ **Síntomas generales:** astenia, sequedad mucosa oral, aumento de peso, vértigos y dolores musculares-osteoarticulares

La experiencia del climaterio es diferente para cada mujer y entre mujeres de diferentes culturas o procedencias. La menopausia no es el final de la vida, sino el comienzo de una etapa que ocupa casi la tercera parte de la vida femenina; por otra parte, se plantea que el climaterio no es el cese de la existencia, sino la etapa que deja abierta las puertas al disfrute de una nueva forma que debe cursar con menos tensión, con menos carga.

Según los conceptos de salud, salud mental y salud sexual de la Organización Mundial de la Salud, nada puede impedir que la mujer climatérica sea capaz de ser mental y sexualmente sana; por lo que el profesional de la salud debe estar

actualizado en todos aquellos elementos que redunden en un mejor desempeño y en la expresión de la plenitud de las posibilidades físicas, psíquicas y sociales de la mujer en esta etapa.⁽²¹⁾

La frecuencia e intensidad de los síntomas del síndrome climatérico varía con la etapa del climaterio. Los síntomas vasomotores son más frecuentes durante la peri menopausia, su intensidad es de ligera a moderada; y son referidos entre 50-60 % de las mujeres atendidas. Los síntomas psicológicos están presentes en el 30-40% de las mujeres en la peri menopausia y tienen una intensidad ligera a moderada. Los síntomas genitourinarios se presentan fundamentalmente durante la etapa tardía de la posmenopausia, su frecuencia varía entre 11 y 30%. Los síntomas generales son referidos entre el 40-75% de las mujeres, su intensidad es de ligera a moderada y se presentan durante la posmenopausia.⁽²²⁾

Climaterio y salud

Envuelto entre mitos, símbolos y realidades, el climaterio se asocia con la aparición de algunos síntomas y enfermedades, lo que ha influido en que en algunos renglones de la literatura se le denomine a esta etapa de la vida femenina como “la edad crítica”. Realmente no existe evidencia suficiente acerca de la real frontera que existe entre el proceso ontogénico y los determinados por el hipoestrogenismo. Otros aspectos que pueden influir son, por ejemplo, la actitud de la pareja, la familia y el entorno en general, el cambio en el papel socio familiar, que incluye cambio de roles por síndrome de nido vacío o nido lleno.⁽⁹⁾

Todas las mujeres cuando llegan a la menopausia tienen similar comportamiento en su sistema endocrino, donde existen niveles disminuidos de estrógenos y elevados de las gonadotropinas hipofisarias; sin embargo, no todas presentan la misma sintomatología ni la perciben con la misma intensidad. Hoy se conoce que muchas de estas manifestaciones tienen estrecha relación con el contexto social en que vive la mujer, sus condiciones de vida, el rol de género que desempeña, lo que constituyen determinantes del proceso salud-enfermedad.^(62,63)

La propia sintomatología está condicionada por factores socioculturales como el clima, la paridad, o los hábitos de alimentación. ⁽²⁵⁾

Esto se puede ver reflejado en un estudio realizado en Cienfuegos, donde el 52,7% de las mujeres, no pidieron ayuda médica al no considerar el climaterio una enfermedad, y el 30,1% desconocían que existía un tratamiento y consultas especializadas. Uno de los resultados más interesantes de esta investigación, fue haber encontrado que la mayoría de las mujeres, consideraron que los síntomas referidos no modificaron el desarrollo de sus actividades diarias. ⁽²⁶⁾

Menopausia. La Organización Mundial de la Salud la define como el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica. Se reserva el término de peri menopausia para el periodo de tiempo que precede a la última regla y los doce meses posteriores, y posmenopausia para todos los años que siguen tras la última regla. ⁽¹¹⁾

- ❖ **Menopausia natural:** cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario. Su diagnóstico es retrospectivo y se hará después de un periodo de amenorrea mayor de 12 meses. Es un suceso más que un período. ^(3,22,23,27,28)
- ❖ **Menopausia precoz:** es la menopausia natural que ocurre antes de los 40 años.
- ❖ **Menopausia artificial o quirúrgica:** es el daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o extirpación quirúrgica. ^(21,29,23)
- ❖ **Menopausia tardía:** es la menopausia que ocurre después de los 55 años de edad.

La edad de aparición de la menopausia es variable se acepta que tiene lugar entre los 35 y 55 años, con un promedio a los 50 años. Diferentes factores influyen en el momento del cese definitivo de la menstruación, entre los que se señalan: la edad de la menarquia, la herencia, ocurre a una edad similar en una misma familia; el hábito de fumar, donde las fumadoras tiene una tendencia a una menopausia en

edades inferiores a el resto de la media poblacional; y la paridad, se considera que a mayor paridad se eleva la edad de la menopausia y las nulíparas tienen menopausias más tempranas; la presencia de enfermedades asociadas como la Diabetes Mellitus donde se describe la menopausia en edades por debajo de los 45 años; todos estos elementos se explican por una aceleración en la depleción de los folículos antrales y primordiales en dependencia del estímulo causante, así mismo, indirectamente se genera un incremento en los niveles de hormona Folículo Estimulante y hay una disminución de la hormona Antimulleriana, producida por las células de la granulosa de los pequeños folículos en crecimiento del ovario, esta hormona hoy en día es considerada como uno de los mejores marcadores para la predicción de la insuficiencia ovárica primaria y sus niveles durante la menopausia son prácticamente indetectables, esta hormona no guarda relación con el eje hipotálamo.^(8,12,24,21,27-33)

La elevación de los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) constituye uno de los primeros signos del envejecimiento de la función gonadal en la mujer, que precede, incluso, a la aparición de la menopausia, y se ha atribuido a la disminución de la secreción de inhibina o a cambios en la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GNRH). Se ha sugerido que la elevación de la LH se produce más tarde en el climaterio, pero luego ambas gonadotropinas siguen elevándose gradualmente hasta alcanzar el estadio hipergonadotrópico propio de la postmenopausia, en el que se mantiene sin cambios hasta muy avanzada edad.⁽¹¹⁾

Los estrógenos (estradiol, estrona y catecol estrógeno), son los encargados de desarrollar los caracteres sexuales secundarios, en las etapas prepuberales de la mujer, pero durante el desarrollo y durante la etapa reproductiva, son los responsables de mantener el turgor de la piel y del aparato genitourinario, mejoran el flujo sanguíneo del útero, de las coronarias y de ciertas áreas del cerebro, inducen el desarrollo de un patrón lipídico antiaterogénico, preservan el contenido de calcio del hueso así como mejoran la sensibilidad a la insulina, entre otras funciones.⁽³⁴⁾

La menopausia se produce de forma fisiológica entre los 45-55 años de edad. El promedio de edad de la menopausia, en la mayoría de los países subdesarrollados que llevan registros de salud, es de 48 años, en cambio en los países desarrollados, la mujer tiene su menopausia alrededor de los 51 años. En España según estudios realizados, es a partir de los 50 años, existiendo diferencias inclusive entre las féminas españolas y las mujeres inmigrantes sobre todo latinas que viven en esta región, ya que para las españolas se describe una edad media alrededor de los 52 años, y para las latinas el promedio fue de 50,5 años. (6, 8, 12,35)

En estudios realizados acerca del climaterio en Cuba se ha encontrado que la edad de la menopausia natural ocurre entre los 47 y 48 años con una media a los 48,1 años y es poco frecuente que se presente después de los 55 y antes de los 40 años. (6, 9, 17,20-22, 26, 32,35-38)

Cerca del 80% de las mujeres expresan algún síntoma durante este período de transición, y según el momento en que se presenten se les conoce como:

Enfermedades crónicas: en Medicina, se llama enfermedad crónica a las afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta. (39)

Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la obesidad y la cardiopatía isquémica son afecciones cuya morbilidad aumenta durante el climaterio y constituyen la mayor causa de muerte para la mujer en las sociedades desarrolladas. (38)

Arribar a la edad mediana trae consigo el inicio clínico de una serie de enfermedades crónicas no transmisibles que aumentan la morbilidad en este grupo etario, algunas pueden estar ya anterioridad presente desde la juventud y en este período se exacerban, otras a partir de la disminución de los estrógenos y conjuntamente con otros factores hacen su debut. (7,37)

En efecto, el síndrome climatérico se caracteriza por variados síntomas, los cuales se han agrupado en: vasomotores o circulatorios, psicológicos y/o sociales,

genitourinarios y generales. Estos síntomas se expresan de manera diferente en cada persona, pues intervienen elementos mediadores, tales como: el propio individuo, así como la familia y la comunidad en que se desenvuelve, por lo tanto, la mujer de edad mediana debe ser atendida no solo desde el punto de vista biológico, sino en armonía con su entorno cultural y social.⁽¹¹⁾

Hipertensión Arterial (HTA): la HTA se define como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg o más, o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg o más, o ambas, en 3 o más ocasiones en presencia de las condiciones adecuadas para su correcta lectura en mayores de 18 años.⁽³⁹⁾

En el anuario estadístico 2014, la prevalencia de HTA, continúa elevada para la mujer en las diferentes etapas de su vida, si bien es cierto que las afecciones cardiovasculares y dentro de ellas la hipertensión como factor de riesgo líder para estas antes de llegar a la menopausia se comporta con un patrón de mayor ventaja para la mujer después del cese de la función ovárica los resultados son de peor pronóstico para las féminas ⁽⁴⁰⁾

Alrededor del 30 % de la población cubana padece de hipertensión arterial sin diferencias entre hombres y mujeres. Se presenta con mayor frecuencia en hombres menores de 40 años, pero después de la menopausia esa diferencia se invierte y llega a ser de intensidad moderada a severa en las mujeres de edad mediana. Sin embargo, en el 2014 se reportó una tasa superior en las mujeres a partir de los 20 años. ⁽⁹⁾ La hipertensión representa por sí misma una enfermedad vascular y un factor de riesgo importante para otras enfermedades como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia renal, la enfermedad arterial periférica y de la retina. Es el principal factor de vulnerabilidad tratable de las enfermedades vasculares.^(32,27)

La hipertensión arterial puede estar presente desde la juventud exacerbándose en este período y en otras ocasiones hacer su debut, a partir de la disminución de los estrógenos y consecuentemente de sus efectos protectores sobre el endotelio

vascular, el metabolismo de la glucosa, los niveles de secreción de insulina, el patrón lipídico y el estrés oxidativo.⁽¹⁷⁾

El climaterio puede modificar las características clínicas de la enfermedad hipertensiva en dos sentidos: uno porque ocurre un incremento de su incidencia durante esta etapa de la vida de la mujer; otro por la tendencia a la inestabilidad de los valores en las pacientes previamente diagnosticadas, a su vez en las mujeres hipertensas existe con mayor frecuencia hiperpolimenorrea y sangrado posmenopáusico.⁽⁸⁾

Durante la peri menopausia, la deprivación hormonal y sus consecuencias, los estilos de vida inadecuados, el exceso de sal en la dieta y las alteraciones psicológicas estresantes, predisponen al aumento de la tensión arterial.^(22,27)

La HTA se relaciona también en las perimenopáusicas, con el sobrepeso, la obesidad, el tabaquismo y el sedentarismo; pero las cifras de tensión arterial son más elevadas en las posmenopáusicas.^(9, 37,38)

La enfermedad cardiovascular continua siendo la causa líder en la morbimortalidad de la mujer posmenopáusica fenómeno al cual nos escapan nuestras pacientes con un comportamiento similar a lo descrito por otros autores, la hipertensión arterial constituye uno de los riesgos cardiovasculares más importantes. Los mecanismos responsables de la hipertensión en la posmenopausia todavía no han sido completamente dilucidados, sin embargo, varios elementos se encuentran implicados. Por ejemplo, los cambios en los niveles de estrógenos/andrógenos con un incremento de estos últimos se asocia con una activación del sistema renina – angiotensina y de las endotelinas, además se produce una estimulación del sistema nervioso simpático y de la inflamación del endotelio vascular todo lo cual se traduce en un incremento de la vasoconstricción y en la aparición o empeoramiento de la hipertensión.⁽⁴¹⁾

Diabetes mellitus (DM): es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, debido ya sea a un defecto

en la producción de insulina, a una resistencia a la acción de ella para utilizar la glucosa, a un aumento en la producción de glucosa o a una combinación de estas causas. También se acompaña de anormalidades en el metabolismo de los lípidos, proteínas, sales minerales y electrolitos. ⁽⁴²⁾

En Cuba, la prevalencia de DM se incrementó de 19,3 x 1 000 en el año 1996, a 45,7 en 2011; en términos de mortalidad se ha mantenido, consistentemente, entre las 10 primeras causas durante las últimas décadas. Es bien conocido que la epidemia de la obesidad, es causante del aumento de la afectación por diabetes, y las mujeres exhiben tasas de prevalencia de sobrepeso mayor que los hombres. La diabetes mellitus (DM) puede provocar un adelanto en la aparición de la menopausia natural y modificar la forma de presentación del síndrome climatérico, al aumentar la incidencia de algunas manifestaciones clínicas como calambres, decaimiento e infecciones urinarias. ^(40,42)

El padecimiento de la diabetes o su inicio en esta etapa de la vida aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular relacionado con los mecanismos de aterosclerosis y los niveles de glucosa en sangre los cuales a su vez tienen vínculo con los valores de colesterol y triglicéridos. Las afecciones endometriales también se ven influidas por los efectos de la diabetes mellitus, la misma constituye un factor de riesgo independiente para el adenocarcinoma de endometrio. El descontrol metabólico en la mujer de edad mediana puede originar incremento en la intensidad de los síntomas vasomotores y en ocasiones esta sintomatología trae confusión al interpretar como hipoglicemias las sudoraciones propias de los síntomas vasomotores o como hiperglicemias el decaimiento y la sequedad bucal que acompañan al déficit estrógeno. ⁽⁴³⁾

La DM y la osteoporosis son afecciones cuya frecuencia y consecuencias personales y sociales hacen que sean consideradas como verdaderas epidemias del siglo XXI. La relación entre ambas afecciones, sobre todo en la mujer posmenopáusica, no está bien definida, pues para algunos investigadores la DM, sobre todo la tipo 1, se asocia con un incremento de fracturas por osteoporosis, sin embargo no existe consenso en el impacto óseo de la DM. ⁽⁴⁴⁾

Si tenemos en cuenta los efectos combinados de la posmenopausia y los efectos deletéreos de la DM sobre la microcirculación, las paredes celulares, la función de las proteínas y sobre el sistema nervioso autónomo, estos tres elementos nos permitirían suponer que en la mujer posmenopáusica con DM 2 ambos procesos originen mayor "daño óseo", que en las mujeres sin DM.⁽⁴⁵⁾

Obesidad

Es una enfermedad crónica creciente en el mundo se caracteriza por hipertrofia e hiperplasia de los adipocitos con almacenamiento del exceso de energía en forma de grasa corporal y cambios en la función endocrina y metabólica. El tejido adiposo aumenta con la edad y se relaciona con inactividad física, sedentarismo, dietas y mayor incidencia de enfermedades crónicas: enfermedad coronaria, hipertensión, ictus, dislipidemia, diabetes, síndrome metabólico y cáncer.⁽⁴⁵⁻⁴⁸⁾

Los estilos de vida no saludables, los antecedentes de la cultura alimentaria y la situación económica familiar, influyen en la correspondencia entre el ingreso de calorías con el gasto energético, lo que explica la elevada tasa de obesidad sobre todo en las mujeres.⁽⁴⁹⁾

La menopausia se asocia con sobrepeso, obesidad total y abdominal. La obesidad y la acumulación de grasa abdominal duplican el riesgo de mortalidad, es proporcional a la cintura e independiente del tabaquismo, de otras enfermedades crónicas, o del grupo étnico. La obesidad favorece también el desarrollo de Enfermedades Vasculares por activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, estimulación del sistema nervioso simpático, resistencia a la insulina y elevación de los ácidos grasos libres. El conjunto de esas alteraciones promueve mecanismos aterogénicos y trombo génico que aceleran la aterosclerosis, desarrollan la hipertensión y la EV.⁽⁴⁷⁾

En la práctica clínica, el mejor predictor de obesidad y de riesgo para la salud es el índice de masa corporal (IMC), que permite evaluar el estado nutricional del individuo según las mediciones de peso y talla o estatura, pero no distingue la causa de la malnutrición y no permite estimar la distribución del tejido adiposo en

el organismo. El riesgo de tener un evento coronario es tres veces superior con un IMC > 30 kg/m². El IMC se define como el cociente entre el peso en kilogramos y la talla en metros elevada al cuadrado. $IMC = \text{Peso (en kilogramos)} / \text{Talla (en metros}^2\text{)}$.^(50,51)

El tejido adiposo visceral envuelve los órganos internos y su aumento se relaciona con el perfil de riesgo cardio-metabólico. La producción científica sugiere que la distribución regional de la grasa es más importante que el peso corporal total para predecir el riesgo cardiovascular y propone como alternativas, otras medidas de adiposidad: circunferencia de cintura (**CC**), circunferencia de cadera (**CCad**), índice de cintura cadera (**ICC**) e índice de cintura talla (**ICT**).⁽⁵²⁾

El punto de corte de la **CC** surgió en un estudio escocés realizado en una población caucásica de Glasgow. Se considera obesidad abdominal en las mujeres cuando es > 88 cm, sin embargo, en la población cubana son escasas las investigaciones significativas y fiables para confirmar tal medición. El **ICC** superior a $\geq 0,85$, es incluso mejor predictor del riesgo cardiovascular.^(52,53) Un tercio de millón de personas de nueve países europeos seguidas por 10 años, duplican el riesgo de mortalidad cardiovascular en relación con la obesidad y la acumulación de grasa abdominal; concluyen que la CC y el ICC son mejores predictores del riesgo cardiovascular prevaleciente.⁽⁵²⁾

Las mujeres con Diabetes Mellitus y Obesidad tienen un aumento de la producción de estrógenos producto de un incremento en la aromatización periférica de andrógenos provenientes de la glándula suprarrenal por el exceso de tejido adiposo, esto a su vez favorece la aparición de trastornos menstruales y de sangrado posmenopáusico con el desarrollo de afecciones endometriales tanto benignas como malignas ante la estimulación estrogénica persistente sin la oposición de progestágenos.^(43, 54)

En la mujer posmenopáusica, la disminución en los niveles de estrógenos y el relativo hiperandrogenismo, bajo la influencia de las determinantes genéticas y ambientales, propician la ganancia de peso y el patrón de redistribución de la

grasa corporal de tipo androide, con reducción del depósito glúteo femoral e incremento de la grasa abdominal. La adiposidad regional se asocia a cambios metabólicos adversos como aumento de la aterogénesis, estrés oxidativo, dislipemia (disminución del colesterol HDL, aumento de triglicéridos, colesterol VLDL y partículas LDL), hepatopatía grasa, hiperinsulinismo, disglucosis, insulino resistencia, hipertensión arterial, síndrome metabólico y estado pro inflamatorio, y protrombótico que refuerza la morbimortalidad cardiovascular. ^(53,54)

En todas las regiones del mundo, se realizan estudios sistemáticos, meta-análisis, de cohortes, de etnias, de género, de economías diferentes y de técnicas de mediciones antropométricas; para la búsqueda de la relación entre obesidad y morbimortalidad vascular. ⁽⁵⁵⁾

Dislipidemia: las lipoproteínas son complejos de lípidos y proteínas que transportan el colesterol, los triglicéridos y las vitaminas liposolubles, desde el hígado hasta los tejidos periféricos y el colesterol desde los tejidos periféricos hasta el hígado para su eliminación. Las alteraciones en el metabolismo de los lípidos: colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL), lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y lipoproteína (a) Lp(a) elevados, hipertrigliceridemia y lipoproteínas de alta densidad (HDL) disminuidas; predisponen y desempeñan un papel crítico en el desarrollo de la arteriosclerosis. Las anomalías lipídicas se asocian con el riesgo de enfermedad vascular. El aumento de la LDL es el factor de riesgo más importante en la progresión de la aterosclerosis y en la cardiopatía isquémica. ⁽⁵⁶⁾

Después de la menopausia, aumenta la grasa abdominal y las concentraciones de LDL, Lp(a) y triglicéridos por incremento de la síntesis hepática y por la actividad deficiente de la enzima lipasa de lipoproteína dependiente de la insulina; las concentraciones de HDL disminuyen. La elevación de Lp(a) tiene una relación causal con el desarrollo prematuro de arteriosclerosis y es un FR independiente y moderado de EV pero muy significativo especialmente en la población europea blanca. ⁽⁴⁹⁾

Posterior a la quinta década de la vida, las mujeres tienen mayores niveles plasmáticos de colesterol total que los hombres, menores de colesterol HDL y mayor hipertrigliceridemia.⁽⁵⁴⁾

En un estudio realizado en siete importantes ciudades de América los investigadores observaron incremento de la hipertensión, triglicéridos, espesor íntima-media de la pared distal de la carótida primitiva, diabetes y obesidad abdominal en las mujeres entre 55-64 años en relación con el riesgo cardiovascular.⁽⁵⁷⁾

Osteoporosis: es una enfermedad que afecta a los huesos y está provocada por la disminución de la masa ósea que lo forma, tanto de las proteínas que constituyen su matriz o estructura como de las sales minerales de calcio que contiene. Como consecuencia de ello, el hueso es menos resistente y más frágil de lo normal, tiene menos resistencia a las caídas y se rompe con relativa facilidad tras un traumatismo, produciéndose fracturas o micro fracturas.⁽⁵⁸⁾

La definición actual de este interesante síndrome, conocido como osteoporosis y que clásicamente se ha asociado a una pérdida en la masa ósea trae dos nuevos conceptos, los cuales incluyen una alteración en la microarquitectura para en conjunto con una disminución en la masa culminar en un proceso que actualmente se le denomina fragilidad ósea y que eventualmente desemboca en el evento que culmina la historia natural de esta enfermedad, la fractura.⁽²⁾ Este concepto incluye la definición propuesta por el National Institute of Health (NIH) que, actualiza a la previamente establecida por consenso en 1993.⁽⁵⁹⁾

Esta entidad nosológica constituye un desorden esquelético sistémico caracterizado por un compromiso en la fortaleza ósea, lo que predispone al paciente a fracturarse de manera espontánea o por microtraumas y representa por lo tanto una incapacidad para mantener un balance fisiológico en el esqueleto. La enfermedad por lo general cursa asintomática y es groseramente subdiagnosticada, se considera que en la práctica médica se reconoce a menos de la mitad de las mujeres portadoras de este síndrome. Desafortunadamente, el diagnóstico no se estructura hasta que ocurra una fractura y aún en esas

condiciones en muchos pacientes se pierde la oportunidad de un diagnóstico oportuno y de instaurar el tratamiento correspondiente. Por otro lado, hasta un 75% de las fracturas vertebrales por aplastamiento son asintomáticas y, por lo tanto, pasan frecuentemente desapercibidas.^(60,61,62)

Es conocida como "la epidemia silente", en virtud de la ausencia de manifestaciones clínicas de la enfermedad hasta la ocurrencia de fracturas. La osteoporosis posmenopáusica se caracteriza por una pérdida acelerada y desproporcionada de hueso trabecular (alta remodelación ósea) y las fracturas de los cuerpos vertebrales y de la porción distal del radio son complicaciones frecuentes. Esta afección se produce sobre todo en mujeres, amenorreicas o posmenopáusicas debido a la disminución de la producción de estrógenos por los ovarios y otras carencias hormonales. No obstante, hay un número considerable de causas de osteoporosis a cualquier edad que no suelen ser reconocidas ni valoradas.⁽⁶³⁾

Tabaquismo: El tabaquismo se reconoce por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el mayor problema de la salud pública mundial, es la droga de uso más extendido en el mundo. La evidencia científica obtenida a nivel mundial, permite afirmar que el consumo de tabaco es hoy día la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo. El tabaquismo ha pasado en tan solo unos años, de ser una conducta típicamente masculina a ser una conducta ampliamente arraigada entre las mujeres y con importantes diferencias de género, tanto en sus significados y sus "beneficios" como en las razones para el inicio, el mantenimiento y el abandono de este hábito. Observándose una disminución en los hombres y un incremento del consumo en las mujeres lo que traerá consecuentemente mayor morbilidad y mortalidad por dicha causa.⁽⁶⁴⁾

El tabaco está relacionado con la edad de la aparición de la menopausia, estudio realizado en el hospital "Eusebio Hernández" en Cuba, encontró en el grupo estudiado que las mujeres que fuman presentan la menopausia más precozmente, factor que ya ha sido señalado como causa de adelanto en la menopausia.⁽⁶⁵⁾

En la mujer el hábito de fumar puede provocar: cáncer (doble riesgo relativo de desarrollar cáncer de cérvix), acné (encontrándose la mitad de los niveles de vitamina E en fumadoras), problemas en la menstruación (son irregulares, presencia de dismenorrea), por el efecto antiestrogénico del tabaco (disminuye la producción de estrógenos por parte del ovario y aumenta la metabolización hepática de los mismos), la menopausia como ya habíamos señalado, está adelantada 2 a 3 años en las fumadoras, lo que agrava el riesgo de osteoporosis (los estrógenos intervienen en el recambio óseo frenando la osteoclastosis promovida por la paratohormona), problemas en la reproducción (aumenta la infertilidad, sobre todo la de origen tubárico, por sufrir las fumadoras más infecciones en los órganos reproductores). Las mujeres que consumen tabaco tienen grandes riesgos de desarrollar cáncer de pulmón más tempranamente que los hombres. En algunos países, el cáncer de pulmón ha superado al cáncer de mama como el principal cáncer en las mujeres. Además, las mujeres fumadoras tienen aproximadamente dos veces más chance de sufrir un ataque cardíaco que las no fumadoras. ^(64,65)

Cáncer: el cáncer es una enfermedad que afecta a las personas en el orden de lo biológico, social y psicológico deteriorando su calidad de vida, se encuentra entre los padecimientos que destacan en el panorama epidemiológico mundial, cuya tasa de incidencia y mortalidad varía en relación con el área geográfica y las condiciones de vida. Constituye la principal causa de muerte en todo el mundo (cerca del 13 % de los fallecimientos mundiales) y mata a millones de personas anualmente. La Organización Mundial de la Salud calcula que en el año 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas y se estimó que para los próximos 10 años pudieran morir 84 millones más. El aumento del porcentaje estimado en la incidencia de cáncer hacia 2030, comparado con 2008, será mayor en los países de ingresos bajos (82 %) y medios bajos (70 %), en comparación con los países de ingresos medios altos (58 %) y altos (40 %). ^(55,66)

En la mujer de edad mediana el Cáncer es otro capítulo a tener en cuenta en su atención integral, dentro de nuestra especialidad el cáncer de mama, cuello y

endometrio son los principales a mencionar y para la medicina en general pulmón y a veces diagnosticos tan infrecuentes pero letales como el de pancreas.

En este grupo de edad una vez ocurrida la menopausia también debe tenerse en cuenta la posibilidad de la aparición del sangrado posmenopáusico, este se interpretará como patológico hasta que se demuestre lo contrario, requiriendo de una investigación profunda que permita delimitar con claridad la etiología del mismo.

Las cifras que se tienen del cáncer cérvico-uterino hoy en día no son muy alentadoras, y nos hablan de la problemática que éste representa para el mundo, constituyendo la quinta neoplasia más frecuente y ocupa el segundo lugar en incidencia en la mujer, después del cáncer de mama. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produce en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer son limitados o inexistentes.⁽⁶⁸⁾

Las neoplasias ginecológicas son responsables del incremento de la morbilidad y mortalidad femenina, existiendo aumento de la incidencia y prevalencia fundamentalmente del cáncer de cérvix que constituye uno de los cánceres de más impacto en la salud pública porque puede ser prevenible, curable si se detecta precozmente y se trata adecuadamente y aunque ha sido muy estudiado, en la mujer de edad mediana pueden coexistir diversos factores de riesgo para desarrollar la neoplasia intraepitelial cervical, como la edad, hábito de fumar, multiparidad, edad de inicio de las primeras relaciones sexuales, promiscuidad, déficit nutricional, nivel socioeconómico, todos ellos pueden crear un marco favorable para adquirir la enfermedad, sin embargo en los últimos años se ha visto una tendencia a la disminución de la frecuencia de estas entidades en mujeres de edad mediana y un incremento en edades más tempranas, todo muy relacionado con la infección por HPV y los factores de riesgo anteriormente señalados.⁽⁶⁹⁾

El adenocarcinoma de endometrio se debe sospechar en pacientes con factores de riesgos, sangrados irregulares, desgraciadamente todavía no se ha llegado a

un consenso internacional para un algoritmo específico que permita su diagnóstico precoz a diferencia de lo que ocurre con cáncer cervicouterino que tiene como arma fundamental la prueba citológica. La bibliografía consultada plantea la mayor incidencia del cáncer de endometrio después de los 60 años, aunque una vez ocurrida la menopausia, se incrementa la posibilidad de su aparición.^(70,71)

Todas las mujeres cuando llegan a la menopausia tienen similar comportamiento en su sistema endocrino, donde existen niveles disminuidos de estrógenos y elevados de las gonadotropinas hipofisarias; sin embargo, no todas presentan la misma sintomatología ni la perciben con la misma intensidad. Hoy se conoce que muchas de estas manifestaciones tienen estrecha relación con el contexto social en que vive la mujer, sus condiciones de vida, el rol de género que desempeña, lo que constituyen determinantes del proceso salud-enfermedad.^(72,73)

Así, se mencionan tres tipos de factores a los cuales responde la intensidad del síndrome climatérico:

- ❖ **Déficit y desequilibrio hormonal:** causa la mayoría de los síntomas agudos y que, dependiendo de su forma de aparición pueden llegar a ser muy molestos e incluso interferir con el ritmo de vida de la mujer.
- ❖ **Factores socioculturales:** determinados por el ambiente en que vive la mujer y que influye en la forma en que ésta experimenta la sintomatología.
- ❖ **Factores psicológicos.:** dependientes de la personalidad de cada mujer y que influyen en cómo contempla y acepta esta etapa de transición y los síntomas asociados.^(25,26,28)

En general, en la literatura revisada queda recogido un grupo de factores relacionados con la intensidad de los síntomas, dentro de los que se encuentran: profesión, actividad intelectual, lugar de residencia, condicionamiento de género, estado civil, creencias, autoestima, experiencias previas, raza, síntomas premenstruales, nivel de ocupación, nivel educacional, paridad, estado de ingresos, inestabilidad emocional antes de la menopausia, práctica de ejercicios físicos.^(5, 10,25)

También se ha documentado la influencia de factores relacionados con estilo de vida sobre la edad de la menopausia. El tabaquismo es el que más afecta la función ovárica, lo que puede contribuir a menopausia temprana, así como mortalidad prematura.

En el estudio relacionado con la edad de la menopausia, de la Red de Investigaciones sobre el Climaterio en Latinoamérica (REDLINC), los factores asociados con edad más temprana de la menopausia son: escolaridad menor de 12mo grado, pobreza y tabaquismo.⁽³⁴⁾

Algunas conductas, hábitos y estilos de vida inadecuados se incrementan en esta etapa como son: la escasa práctica de ejercicios físicos con predominio del sedentarismo, aumento de peso y del panículo adiposo por infiltración de la masa magra que guarda relación directa con la aparición de enfermedades cardiovasculares.⁽⁷⁴⁾

La fémina sintomática no diagnosticada ni atendida forma parte de una población demandante de atención médica, razón por la cual se necesita una información actualizada, con recomendaciones basadas en la evidencia científica que permitan atender con calidad las necesidades de la población femenina de edad mediana, lo cual finalmente se reflejará en una buena salud posmenopáusia.

Puede ocurrir que las responsabilidades familiares y laborales, asumidas por la mujer como metas significativas para ella, se hagan antagónicas para la mujer, o al menos constituyan una sobrecarga considerable cuando son sumadas. El rol tradicional, culturalmente condicionado, de la mujer como cuidadora de la prole y de los ancianos y enfermos de la familia contribuye en la esfera familiar a esa sobrecarga.^(23, 72-78)

Hace más de 10 años se diseñó un modelo de atención a la mujer climatérica (MACLI) que se puso en práctica en la consulta de climaterio y menopausia del Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro, de Ciudad de la Habana. Municipio Plaza de la Revolución.

El modelo tradicional de atención privilegiaba el enfoque clínico, bajo una nueva concepción médico social bajo la condición de reconocer el carácter fisiológico de esta etapa de la vida femenina, se concibió un enfoque donde el diagnóstico médico social se integraba al esquema tradicional de atención

Los síntomas climatéricos se exacerbaban en intensidad y frecuencia en correspondencia con determinantes sociales vinculadas con la sobrecarga por razones de género, asignaciones sociales y culturales, que recaen sobre la mujer en razón de su sexo. Tal es el caso de las tareas domésticas, compartidas muchas veces con el trabajo fuera del hogar (doble jornada), la prestación de servicios de salud a otros miembros de la familia, las labores de “cuidadora” y otras que se vinculan esencialmente a las mujeres de este grupo poblacional.

Las mujeres de edad mediana, si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo biológico, se encuentran inmersas en la formación social de nuevas generaciones y con frecuencia son cuidadoras de las que le preceden. Este grupo humano también mantiene un importante rol social que se expresa a través de su activa participación en la vida comunitaria sin abandonar las responsabilidades asumidas con la familia. Resulta importante conocer que en las mujeres de este grupo de edades se asocian con frecuencia algunas enfermedades crónicas no transmisibles como la enfermedad vascular de origen aterosclerótico, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los tumores malignos y la osteoporosis; por lo que la morbilidad adquiere un papel importante, sobre todo, si se tiene en cuenta que casi la tercera parte de la vida femenina transcurre después de la menopausia. Estas, entre otras muchas razones que tienen que ver con la calidad de vida avalan la propuesta de un programa que permita brindar a las mujeres en esta etapa del ciclo de vida, la atención integral, personalizada y humanística que ellas requieren y posibilite además la prevención de las enfermedades asociadas. ⁽²²⁾

Sexo: se reserva preferentemente para referirse a las características biológicamente determinadas (anatómicas y fisiológicas) y relativamente invariables que diferencian a los hombres de las mujeres. El concepto ‘género’, por otra parte, se refiere al significado social atribuido a esas diferencias

biológicas, esto es, a las características socialmente construidas que diferencian y articulan los ámbitos de lo masculino y lo femenino. Se nace macho o hembra, pero se aprende a ser hombre o mujer y a comportarse como tal. Esta conducta aprendida conforma la identidad de género. ⁽⁷⁹⁾.

Se ha observado que la mujer en etapa postmenopáusica, tiene una distribución más central de la grasa que controles de edad similar y aunque estos cambios pudieran estar relacionados también con la edad, existen resultados que llevan a la conclusión de que la menopausia contribuye a un progresivo incremento en la ganancia de peso acompañado de un cambio en la distribución de la grasa, con reducción de los depósitos glúteos femorales, aumento de la grasa intrabdominal que se considera un factor de riesgo independiente de diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión y enfermedad cardiovascular, favoreciendo un aumento del riesgo cardiovascular que, no olvidemos, se trata de la principal causa de morbilidad y mortalidad en la mujer postmenopáusica.⁽⁸⁰⁾

Género: se define como un constructo analítico que se fundamenta en la organización social de los sexos. Puede ser utilizado para analizar y entender mejor los determinantes y las condiciones de vida de mujeres y hombres a partir de las características que cada sociedad asigna a los individuos en función de su sexo. Dicho de otro modo, es la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas, y actividades que a través de un proceso de construcción social diferencia los hombres de las mujeres. El género se interrelaciona, de forma muy importante con el complejo proceso que es la salud, que está determinado por factores biológicos, sociales, del medio ambiente y de los servicios de salud. ^(73,14).

Equidad de género: se refiere a la justicia en la distribución por sexo de las responsabilidades, los recursos, el poder y los beneficios del desarrollo. El concepto reconoce que existen diferencias entre los hombres y las mujeres en cuanto a necesidades, responsabilidades, acceso a recursos y poder de decisión, y que estas diferencias deben identificarse y abordarse con el fin de rectificar

aquellas que son prevenibles y remediables y que infringen normas de derechos humanos y de justicia. ⁽⁷⁹⁾.

Doble jornada: cuando se desempeñan, al mismo tiempo, las tareas domésticas y un trabajo por el cual se percibe remuneración o ingresos por cuenta propia. ⁽⁸¹⁾.

Tareas domésticas: actividades de sostenimiento, administración y funcionamiento del hogar, limpieza, plancha, cocina, aseo de ancianos, preparación de alimentos, cuidado de niños y enfermos, y otras tareas que garantizan la reproducción social y la inserción familiar.

Familia: grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. ^(26,82)

MATERIAL

Y

METÓDO

Material y método

Tipo de estudio: se realizó un estudio descriptivo y transversal

Universo: estuvo constituido por las 90 trabajadoras entre 40 y 59 años que se encontraban laborando en el hospital de referencia en el periodo definido para el estudio y aceptaron participar en la investigación.

Por la posibilidad de estudiar todas las trabajadoras no se seleccionó muestra.

Criterios de inclusión.

- Tener de 40 y 59 años.
- Ser trabajadora de la institución

Criterio de exclusión:

- No estar presente en el momento del estudio

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Escala de clasificación	Definición de la escala
Edad	Años cumplidos por cada mujer en el momento de la investigación	40 - 44 45 - 49 50 - 54 55 - 59	
Estado civil	Según vínculo legal referido con su pareja	Soltera Pareja estable Casada Divorciada Viuda	Sin vínculo conyugal Relación de pareja por más de 6 meses. sin vínculo legal Relación de pareja con vínculo legal No relación después de ruptura de vínculo legal en el matrimonio Situación posterior a fallecimiento del cónyuge

Nivel de Escolaridad	Último nivel escolar terminado	Secundaria básica Técnico medio Preuniversitario Universitario	Después de 9no grado y antes del 12mo grado Culminación de alguna de las modalidades de especificidad técnica relacionadas con la salud Después de 12mo grado y antes de finalizar la universidad Culminación de carrera universitaria
Labor que desempeña	Actividad laboral que desarrolla en el hospital en el momento del estudio	Enfermera Doctora Técnica Servicio generales Administración	Licencias en enfermería Mujeres que finalizaron la carrera de Medicina, independientemente de la especialidad Trabajadoras que culminaron una modalidad técnica de la salud Trabajadoras que se desempeñan en labores de apoyo Trabajadoras que se desempeñan como administrativas, independientemente de su escolaridad
Hábitos tóxicos	Consumo y dependencia de tabaco, café y (o) alcohol	Sí No	Para cada una de estas sustancias si consume o no en el momento del estudio
IMC	Relación entre el peso y la talla	Bajo peso Normopeso Sobrepeso	IMC < 18,5 IMC entre 18,5 y 24,9 IMC entre 25 y 29,9

		Obesidad	IMC de 30 y más
Paridad	Número de partos, independiente de su sobrevivencia posterior	0 1-2 más de 2	Nulípara Múltipara
Menarquía	Según edad de la primera menstruación	< 10 10-15 16 y más	Precoz Normal Tardía
Tipo de menopausia	Forma de presentación de la menopausia en relación con su espontaneidad	Natural Precoz Quirúrgica	Ocurrencia de la menopausia de forma espontánea Aquella menopausia natural que ocurre antes de los 40 años de edad. Menopausia provocada por cirugía
Edad de la menopausia	Años cumplidos en el momento de la última menstruación	< 40 40-44 45-49 50 o más	Su diagnóstico es retrospectivo y se hará después de un periodo de amenorrea mayor de 12 meses.
Etapas del climaterio	Fase de la vida en el momento del estudio de acuerdo a su relación con la ocurrencia y tiempo de la menopausia	Peri menopausia Posmenopausia ❖ Etapa Temprana ❖ Etapa Tardía	Las que todavía menstrúan Menos de 5 años sin menstruar Desde los 5 años de la post menopausia, hasta los 64 años
Intensidad del síndrome climatérico	Clasificación según escala cubana	Asintomático o muy leve Leve Moderado Muy molesto	< 24 puntos 25 – 50 51 – 80 81 o más

El instrumento para la clasificación de la intensidad del síndrome climatérico de la clasificación propuesta por Pérez Piñero y validada en la Escuela Nacional de Salud Pública. El cálculo se realizó según el instructivo que aparece en los anexos. Ambas herramientas son las recomendadas por el II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia para la mantener uniformidad en los datos nacionales.⁽²²⁾

ANALISIS ESTADISTICO

- Formulario de datos generales, socio laboral y biológico confeccionado por la autora y validado por criterio de expertos.
- Instrumento para clasificar la intensidad del síndrome climatérico (escala cubana)

La escala climatérica fue diseñada, evaluada para Cuba y se aplica como parte del Modelo de Atención a la Mujer Climatérica en el país. A partir de la evaluación de síntomas y signos se obtiene un puntaje global y por las subescalas vasomotora, psicológica, genitourinario y general. Una vez obtenidos los puntajes, se clasificó a la mujer de acuerdo a la intensidad del síndrome climatérico, en asintomática o muy leve, leve, moderado o muy molesto, según aparece en el instructivo Herramienta recomendada por el 2do. Consenso cubano sobre climaterio y menopausia para la mantener uniformidad en los datos nacionales. Se mostraran todos los datos obtenidos en una hoja de cálculo en Microsoft Office Excel para su análisis. Los datos fueron recopilados durante el proceso de estudio.

Los datos fueron procesados por medio del paquete estadístico SPSS, versión 11.5. Se utilizó estadística descriptiva en frecuencias absolutas y relativas de las variables en estudio. La información se presenta en tablas.

Principios éticos: Respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, los datos obtenidos las entrevistas y encuestas solo serán utilizados con el fin de la investigación. Se garantizó confidencialidad y privacidad de los mismos.

Se consideró cuando la mujer tenía responsabilidades de trabajo fuera del hogar y antes de salir o a su regreso, asumía la mayor parte de las actividades como ama de casa o al cuidado de personas enfermas o discapacitadas

Su consentimiento de participación quedó plasmado en un documento elaborado durante la investigación. **(Anexo4)**

RESULTADOS

Y

DISCUSIÓN

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según grupos de edades y etapa del climaterio.

EDAD (AÑOS)	Peri menopáusicas		Posmenopáusicas		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
40 – 44	31	52,5	2	6,4	33	36,6
45 – 49	22	37,3	4	13	26	29
50 – 54	6	10,2	7	22,6	13	14,4
55 – 59	0	0,0	18	58,1	18	20,0
TOTAL	59	100,0	31	100,0	90	100,0

En la tabla 1, se encuentra la distribución de las trabajadoras perimenopáusicas y posmenopáusicas según grupos de edades, de las perimenopáusicas el 52,5% correspondió al grupo entre los 40 y 44 años. En las pacientes posmenopáusicas los grupos etarios predominantes fueron los de 55 a 59 años con un 58,1 % respectivamente.

La edad de la menopausia resulta un indicador del nivel socioeconómico: en países desarrollados europeos la edad media de la menopausia está por encima de los 50 años, mientras que, en países subdesarrollados, incluida Cuba, está por debajo de esta edad, la media en nuestro país es de 48 años de edad,^{(8,11, 17, 21,22,83).}

Comparando la edad de la menopausia para la mujer cubana en general y específicamente en esta investigación, se acerca a la descrita por otros autores cubanos y es inferior a la de países desarrollados, se conoce que influyen factores tanto de índole socio cultural, genéticos y propios de cada individuo según su estilo de vida.^(38, 65,67, 75, 77, 78, 83)

Tabla 2. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según estado civil y etapa del climaterio.

ESTADO CIVIL	PERIMENO-PAUSICAS		POSMENO-PAUSICAS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
SOLTERA	6	10,1	4	12,9	10	11,1
CASADA	34	57,6	8	25,8	42	46,6
PAREJA ESTABLE	10	16,9	12	38,7	22	24,4
VIUDA	0	0,0	2	6,45	2	2,2
DIVORCIADA	9	15,2	5	16,1	14	15,5
TOTAL	59	100,0	31	100,0	90	100,0

En la tabla 2 se puede observar que el 57,6% de las perimenopáusicas en estudio son casadas, así como las posmenopáusicas 38,7 % con pareja estable. Los resultados encontrados fueron similares a los de la literatura consultada. ^(2,6,8) En esta etapa de la vida una vez satisfechos los deseos de maternidad, con una mayor madurez biológica y psicológica, se intenta mantener la estabilidad del hogar, aunque existen no pocos casos con una tendencia a reconstruir sus vidas.^(27,84)

Tabla 3. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según nivel de escolaridad y etapa del climaterio.

Nivel de escolaridad	PERIMENO- PAUSICAS		POSMENO- PAUSICAS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Secundaria Básica	5	8,4	2	6,45	7	7,7
Preuniversitario	7	11,8	6	19,3	13	14,4
Técnico Medio	14	23,7	9	29,0	19	21,1
Universitaria	33	55,9	14	45,1	47	52,2
TOTAL	59	100,0	31	100,0	90	100,0

En la tabla 3 se observa mayor prevalencia de universitarias en la etapa perimenopáusica para un 55,9%. En la etapa posmenopáusica 45,1%. Para un total de un 52,2 %.

En otra investigación realizada en Cuba por Soriol.⁽⁸⁵⁾ arroja nivel universitario en su estudio. Otros estudios desarrollados reportan valores diferentes; Rivas Alpizar.⁽¹⁸⁾ en Cienfuegos, reporta un predominio del nivel secundario, y Sell Lluveras y colaboradores el técnico medio de escolaridad.⁽⁸⁴⁾ En general el nivel educacional de las pacientes estudiadas fue alto. Un nivel superior de escolaridad representa la prevalencia de ideas menos negativas hacia la menopausia y de un acercamiento mayor a los servicios de salud

En un estudio realizado en Cuba por García y Navarro.⁽⁸⁰⁾ en 112 mujeres de edad mediana, 44 % eran universitarias En contraposición, al revisar otro estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social se informa que el 60 % solo alcanzó el nivel primario en una muestra de 4 162 mujeres.⁽⁸⁶⁾ En otro estudio nacional realizado por Lugones y Navarro en cuatro consultorios del municipio

Playa en la provincia de La Habana, la muestra reportó la mayoría el nivel de escolaridad fue preuniversitario. (77,2 %)⁽⁷⁸⁾

Tabla 4. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según labor que desempeñan y etapa del climaterio.

LABOR QUE DESEMPEÑA	NUMERO	%
Médicos	15	16,6
Licenciadas en enfermería	24	26,6
Técnicas	19	21,1
Auxiliares generales	20	22,2
Administrativas	12	13,3
Total	90	100,0

En la tabla 4 según las encuestadas corresponden a Licenciadas en enfermería para un 26,6% a continuación de las trabajadoras de servicio generales para un 22,2%.

En Cuba, las mujeres comprendidas entre 40 y 59 años de edad tienen una importante labor social.

Con el triunfo de la Revolución y relacionado con los cambios en el desarrollo económico del país, más del 50% de la fuerza técnica laboral es femenina. Esta situación está muy relacionada con el nivel educacional alcanzado, el mismo le permite a la mujer en edad mediana mantener una vida profesional activa incluso cuando se encuentran fuera de la edad laboral establecida. En ocasiones el hecho de estar vinculada con una profesión determinada favorece la búsqueda de información y atención médica ante la aparición de los síntomas del climaterio, aunque es muy frecuente la postergación del cuidado de los mismos en función de la doble jornada en esta etapa de la vida, inclusive todo el cortejo sintomático del síndrome climatérico interfiere en la calidad del trabajo de las feminas y puede

convertirse en un generador de stress, además siempre hay que tener en cuenta la nueva misión que para muchas mujeres aparece, la de “cuidadoras” de la familia y fundamentalmente de los ancianos. En estudios sociodemograficos revisados es frecuente que la mujer en edad mediana mantenga su vinculo laboral. Sin lugar a dudas se pone de manifiesto, una vez más, que el trabajo para la mujer climatérica constituye un elemento benefactor.^(9,17,18,22,77,83,86,87)

Tabla 5. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	No	% (n=90)
Café	23	25,5
Tabaco	43	47,7
Alcohol	12	13,3
No refieren	12	13,3

En la tabla 5 el tabaquismo alcanzó el primer lugar con un 47,7% seguido de la ingestión de café con 25,5%.

El tabaco está relacionado con la edad de la aparición de la menopausia, estudio realizado en el hospital “Eusebio Hernández” en Cuba, encontró en el grupo estudiado que las mujeres que fuman presentan la menopausia más precozmente.⁽⁶⁴⁾

El tabaquismo adelanta la edad de la menopausia con todas las consecuencias desfavorables que esto tiene para la salud vascular y sexual de la mujer.^(88, 89,90)

El alcoholismo, aunque solo alcanzó un 13,3% dicho valor pudiera ser un sesgo ya que este resultado depende del reconocimiento del mismo para el individuo y

sabemos que en múltiples ocasiones dicha condición no es aceptada por la persona que la padece.

Tabla 6. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según índice de masa corporal y etapa del climaterio

IMC	Peri menopausia		Postmenopausia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo peso	4	6,7	1	3,2	5	5,5
Normo peso	7	11,8	11	35,4	18	20,0
Sobre peso	33	55,9	11	35,4	44	48,8
Obesa	15	25,4	8	25,8	23	25,5
Total	59	100,0	31	100,0	90	100,0

En las últimas décadas se ha observado un continuo y alarmante aumento de la obesidad a nivel mundial. En Estados Unidos se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública ya que ha aumentado desde la encuesta de salud NHANES II (*National Health and Nutrition Examination Survey: 1976-1980*) desde un 25% a un 35 % en la NHANES III (1990-94). Esta tendencia se ha constatado en Europa y en todos los países desarrollados o en vías de desarrollo. El marcado ascenso de prevalencia ha llevado a la OMS a considerar la obesidad como la pandemia del siglo XXI. ^(51,52)

Según muestra la tabla 6, el 55,9% correspondió a trabajadoras peri menopáusicas con sobre peso. Se observa además que el mismo porcentaje en la postmenopausia correspondió con Normo peso. En general el 48,8% de las mujeres presentó un exceso de peso corporal.

Fernández,⁽⁸⁰⁾ en un trabajo sobre adiposidad realizado con 229 mujeres entre 45 y 59 años de cuatro consultorios del Policlínico Universitario "19 de Abril" del municipio Plaza de la Revolución, encontró que el 72 % de las mujeres estudiadas tenían exceso de peso, y el 38 % circunferencia de la cintura ≥ 88 cm. Nuestros resultados igualmente mostraron un predominio de mujeres con sobrepeso u obesidad según IMC. Acevedo y colaboradores⁽⁹¹⁾ investigaron adultos chilenos de 20 a 65 años de ambos sexos, y en las 634 mujeres estudiadas encontraron los siguientes factores de riesgo: IMC > 27 kg/m² 55%, media de la circunferencia de cintura 89 ± 12 cm.

Tabla 7. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según antecedentes patológicos personales.

Antecedentes	No	%
Patológicos Personales		(n=90)
Hipertensión Arterial	33	36,6
Obesidad	25	27,7
Diabetes Mellitus	11	12,2
Cáncer ginecológico	4	4,4
Osteoporosis	4	4,4
Cardiopatía Isquémica	1	1,1
Asma Bronquial	1	1,1
Trastornos tiroideos	1	1,1
Supuestamente sanas	10	11,1

Las mujeres con hipertensión arterial tienen síntomas climatéricos más severos.⁽²²⁾ En estudio realizado por Pacheco se encontró la hipertensión arterial como la enfermedad cardiovascular de mayor prevalencia con el 34.64% de las mujeres atendidas, la cual está muy relacionada con la edad, reportándose un incremento a partir de los 45 años.⁽⁹²⁾ Santisteban en su estudio doctoral reporta un 26.5% de morbilidad por hipertensión arterial y asevera que en esta etapa de la vida

predominan la HTA, la obesidad y la cardiopatía isquémica como causas de mayor morbilidad en los países desarrollados siendo en Cuba los rubros que producen la mayor morbilidad y mortalidad en mujeres mayores de 50 años de edad. ⁽⁹³⁾

Según cifras de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública (Minsap), en Cuba existen alrededor de 2 212 495 hipertensos con una tasa de 191,7 y una prevalencia de 30% en zonas urbanas y 15% en las rurales. La cifra de mujeres dispensarizadas como hipertensas en Cuba asciende a los 1 202 842 con una tasa de 204,2. ⁽⁹⁴⁾

Es la morbilidad que más afecta al ser humano, compromete a toda la economía y predispone a otras enfermedades, tales como la cardiopatía isquémica y el accidente vascular encefálico ⁽¹⁰⁸⁾. En América Latina, 13% de las muertes y 5,1% años de vida ajustados por discapacidad pueden ser atribuidos a la hipertensión ⁽⁹²⁾. La prevalencia global de hipertensión es más alta en las mujeres que en los hombres y varía de acuerdo a la edad. La menopausia se asocia con un aumento en la prevalencia de hipertensión. Según autores como Velázquez plantean que existe una relación entre presión arterial y riesgo cardiovascular de forma continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. ⁽⁹⁵⁾

Tabla 8. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según paridad

Paridad	No	%
Nulípara	11	12,2
1 a 2 partos	73	81,1
Múltipara más de 2	6	6,6
Total	90	100,0

De las 90 mujeres estudiadas, el 81,1% refirió haber tenido entre 1 y 2 partos. Este comportamiento se corresponde con lo que está sucediendo en la población cubana, donde la Tasa General de Fecundidad es de 1,59. ⁽⁹⁶⁾ También este resultado puede relacionarse con el alto nivel educacional que obtiene la mujer

cubana a partir del triunfo revolucionario y la amplia incorporación a las actividades laborales fuera del hogar, en ese marco pudiera contraponerse con el compromiso individual a incrementar el número de hijos, sin menospreciar la influencia de los determinantes sociales de la insuficiencia de viviendas, de la capacidad económica y otros que pudieran influir indirectamente.^(97,62)

Las tres cuartas partes del grupo estudiado tuvo entre uno y dos partos, cifras que indican la tendencia actual de paridad de las mujeres cubanas.

Rodríguez González y colaboradores en el municipio Cotorro de La Habana, reportan que más de la mitad del grupo de estudio tenía antecedentes de 3 o más partos (53,7 %) resultado que difiere con los estudios nacionales mencionados⁽⁹⁸⁾.

En otro de las investigaciones revisadas, la paridad tuvo una frecuencia baja, lo cual concuerda con el número de partos, en general, de la mujer cubana. La nuliparidad es de 4,1 %, lo que evidencia la vulnerabilidad a la osteoporosis que además, por las tendencias demográficas actuales que incluyen un mayor número de nulíparas, en países desarrollados o en vías del mismo, este factor de riesgo podría aumentar su importancia.⁽⁹⁹⁾

Un estudio foráneo, realizado en dos clínicas de Medicina Familiar en la Ciudad de México, reporta que 52,3 % de 380 mujeres en edad mediana, tenía más de tres partos.⁽¹⁰⁰⁾

Tabla 9. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según edad de la menarquía.

Edad de la 1ra menstruación	No	%
< 10	17	18,8
10-15	73	81,1
Total	90	100,0

De las pacientes estudiadas, 81,1 % tuvo la menarquía entre 10 y 15 años de edad. Ninguna de las féminas refirió la menarquía con 16 años o más. (tabla 9)

Esta cifra se corresponde en trabajos publicados por otros autores, que coinciden en que el inicio de la menarquia tiene un comportamiento similar. ⁽¹⁰¹⁾

Catani, en estudios realizados en la Universidad de Chile, asevera que el promedio de edad de la menarquía ha disminuido considerablemente. ^(101,102)

Una adolescente deberá entrar en la pubertad a más tardar a los 14 años y la edad máxima para la aparición de la primera menstruación suele considerarse los 15 años como se señala por Machado y Peláez en el Capítulo V del libro “Ginecología Infanto/Juvenil Salud Reproductiva del Adolescente” ⁽¹⁰³⁾

Tabla 10. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según tipo de menopausia

Tipo de Menopausia	No.	%
Natural	22	71,0
Quirúrgica	9	29,0
TOTAL	31	100,0

Según lo descrito anteriormente la edad promedio de la menopausia en nuestro estudio fue a los 48,3 años, lo cual está influenciado por múltiples factores. La edad de aparición de la misma tiene gran importancia, pues en muchas ocasiones los síntomas que se describen en este período se exacerban cuando esta llega, fundamentalmente los genitourinarios o aparecen otros nuevos.

En la tabla 10 se observa que el 71,0 % presentó menopausia natural. En cuanto a la menopausia quirúrgica correspondió al 29,0% incidiendo las histerectomías totales con anexectomías, por fibromas uterinos y dos adenocarcinomas de endometrio.

En la literatura consultada también predominó la menopausia natural o espontánea, la menopausia precoz la describen con una frecuencia de un 1%.

Con respecto a la menopausia quirúrgica o artificial diferentes autores señalan que estas mujeres tienen síntomas y signos más intensos. (22,23, 29, 37, 104,105)

Tabla 11. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según edad de la menopausia

Edad de la menopausia	No.	%
< 40	2	6,4
40-44	4	12,9
45-49	18	58,0
50 o más	7	22,5
TOTAL	31	100,0

Dados los registros disponibles, se conoce que en los países occidentales la mediana de la edad de la menopausia se ha mantenido relativamente constante en los últimos 100 años. Algunos autores proponen rangos tan amplios como 40 a 60 años. Otros la ubican entre 35 y 55 años, pero la mayoría coincide en que ocurre, en promedio, alrededor de los 50 años. Se observa en la tabla 11 que el 58,0 % correspondió a las edades comprendidas entre 46 y 49 años de edad respectivamente. En el estudio relacionado con la edad de la menopausia, de la Red de Investigaciones sobre el Climaterio en Latinoamérica (REDLINC), los autores reportan que la edad de la menopausia en la región estuvo entre 49 y 52 años.

En otros informes de países del área como Venezuela se encontró a los 49 años, y en Colombia entre los 48 y 52 años,^(11, 21,22, 106, 107-111). La edad de las pacientes con menopausia resulta un indicador del nivel socioeconómico. Por ejemplo, en países desarrollados como Suiza y Holanda, está por encima de los 50 años. En América Latina, Perú, Argentina, Costa Rica, México, Uruguay y Colombia la edad de la menopausia es alrededor de los 50 años., sin embargo, en otros países

subdesarrollados, entre ellos Cuba, se encuentra por debajo de esta cifra, como puede apreciarse en estudios realizados en La Habana que muestran los 48 años como edad promedio para esta etapa de la vida. En Cuba el II consenso de Climaterio y Menopausia reporta una edad promedio de 47 años, al igual que otros realizados por la Dra. Navarro y Artiles ^(9, 17,21) para la menopausia, lo cual se asemeja al promedio obtenido por estas autoras.

Tabla 12. Distribución de las trabajadoras de edad mediana según etapa del síndrome climatérico

Etapas del síndrome climatérico	No	%
Peri menopausia	59	65,5%
Posmenopausia temprana	6	6,6%
Posmenopausia tardía	25	27,7%
Total	90	100 %

Según Chacón,^(111, 112) a un total de 101 mujeres en la consulta de climaterio del hospital “Julio Trigo”, señala resultados similares a los reportados por este estudio: el inicio de los síntomas climatéricos entre los 45 y 49 años con una media de 47 años, cifra inferior a la del presente estudio.

Los cambios que determinan esa sintomatología se producen en el aspecto biológico por la disminución o cese de la función ovárica; en lo psicológico según la personalidad desarrollada y en lo social, como expresión compleja del mundo de las relaciones que se establecen en el escenario donde las mujeres se desenvuelven cotidianamente,⁽¹¹²⁾ Igualmente Couto Núñez encontró una edad promedio de 47,2 años en la etapa de peri menopausia, mientras que en las mujeres que asistieron por menopausia artificial, tuvieron una edad promedio de 44,1 años,⁽¹¹²⁾

Tabla 13 Distribución de las trabajadoras de edad mediana según labor que realizan e intensidad del síndrome climatérico

Labor que desempeña	Intensidad del síndrome climatérico								TOTAL
	Asintomática		Leve		Moderado		Muy molesto		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Doctoras	1	6,7	1	6,7		73,3	2	13,3	15
					11				
Licenciadas en enfermería	1	4,2	2	8,3		62,5	6	25,0	24
					15				
Técnicas	2	10,5	5	26,3		47,3	3	15,7	19
					9				
Servicio generales	0	0,0	2	10,0	7	35,0	11	55,0	20
Administrativas	1	8,3	0	0,0		75,0	2	16,7	12
					9				
Total	5	5,6	10	11,1	51	56,7	24	26,7	90

Nota: los porcentajes fueron calculados en base al total de las filas

En la serie estudiada el mayor número de féminas que presentaron la intensidad de moderada correspondió a las administrativas con un 75,0 %, las Doctoras con un 73,3 % y las licenciadas en enfermería 62,5 %, muy molesto las auxiliares generales 55,0%.

Los síntomas vasomotores son más frecuentes durante la peri menopausia, su intensidad es de ligera a moderada; y son referidos entre 50-60 % de las mujeres atendidas. Los síntomas psicológicos están presentes en el 30-40% de las mujeres en la peri menopausia y tienen una intensidad ligera a moderada. Los síntomas genitourinarios se presentan fundamentalmente durante la etapa tardía de la posmenopausia, su frecuencia varía entre 11 y 30%. Los síntomas generales son referidos entre el 40-75% de las mujeres, su intensidad es de ligera a moderada y se presentan durante la posmenopausia.⁽²²⁾

En el estudio realizado por García y Navarro en el policlínico "Rampa" del municipio Plaza de la Revolución, en una serie de mujeres entre 40 y 59 años, la intensidad del síndrome climaterio fue referida como leve en el 36 %, moderada el 26 %, muy molesto 11 % y asintomáticas el 30 %.⁽⁷⁷⁾ Entre los aspectos biológicos distintivos de las mujeres de edad mediana, se encuentra el cese de la función reproductiva como consecuencia del cese de la función ovárica y del déficit hormonal. Esto produce cambios hormonales que se pueden expresar en forma de síntomas y signos, los que se conocen como síndrome climatérico.

En nuestro estudio se observa que en la etapa de la peri menopausia presentaron síntomas vasomotores y psicológicos. En las posmenopáusicas de las mujeres síntomas genitourinarios.

Durante el período climatérico las mujeres refieren diversos síntomas, dentro de los cuales se encuentran las alteraciones genitourinarias y del suelo pélvico que afectan la calidad de vida de la mujer. El Proyecto Melbourne para la Salud de las Mujeres de Mediana Edad encontró una disminución significativa en el deseo, la excitación, el orgasmo y la frecuencia de la actividad sexual en las mujeres, así como un aumento significativo en la sequedad vaginal-dispareunia, con una tasa de disfunción sexual de 42 a 88 %, durante el período de transición a la menopausia.⁽¹¹²⁾

La disminución del tono muscular del suelo pélvico, el acortamiento de la uretra, resultantes de la insuficiente estimulación de los receptores de estrógeno y progesterona de la uretra favorecen la aparición de la incontinencia urinaria, síndrome uretral y el incremento de las infecciones urinarias.⁽¹¹³⁾

Los síntomas genitourinarios se presentan fundamentalmente durante la etapa tardía de la posmenopausia y su frecuencia varía entre 11 y 30%. La sexualidad femenina es un tema tratado frecuentemente en la literatura médica nacional e internacional.^(22,112) en especial, lo referente a los cambios en la respuesta sexual que ocurren en las diferentes etapas del ciclo de vida de la mujer, sobre todo

aquellos relativos a la posmenopausia y al envejecimiento, en los que se reportan frecuencias de disfunción sexual que varían entre el 45 y el 88 %. (31, 32, 114, 115,116)

Con respecto a los síntomas predominantes. Lugones (117) refiere que 2 de cada 3 mujeres manifiestan el síndrome climatérico y sus síntomas más frecuentes son de origen psicológico. Asimismo, afirma que esto no genera un problema de salud mental grave; sin embargo, puede disminuir la satisfacción personal e influir en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales. Reveló además mayor porcentaje de parestesias en pacientes posmenopáusicas (82,4 %), seguido de sofocos (76,5 %).

Otro estudio realizado a 80 mujeres de estas mismas edades en el policlínico Docente "Ana Betancourt" en el municipio Playa en La Habana, el 36,2 % presentó un síndrome climatérico leve, seguido del 33,8 % como asintomático y solamente el 1,2 %, presentó un síndrome climatérico muy molesto.(118,119).

La sintomatología del síndrome climatérico puede ser percibida de manera diferente en menor o mayor medida por cada mujer. Varias literaturas se reportan que el 30 % de las mujeres de edad mediana no refieren síntomas del llamado síndrome climatérico, o si los "sienten", no les molesta. El 40 % refiere malestar, pero en magnitud tal que no necesitan ayuda para su erradicación. (120,121)

Tabla 14 Distribución de las trabajadoras de edad mediana según relación enfermedades crónicas y labor que realizan.

Enfermedad crónica	Labor que desempeñan										Total	%
	Doctoras		Lic. en enfermería		Servicio		Técnicos		Administrativa			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Hipertensión arterial	6	40,0	11	47,8	8	61,5	6	60,0	2	25,0	33	47,8
Obesidad	7	46,6	8	34,7	3	23,0	2	20,0	5	62,5	25	36,2
Diabetes mellitus	2	13,3	4	17,3	2	15,3	2	20,0	1	12,5	11	15,9
Total	15	100,0	23	100,0	13	100,0	10	100,0	8	100,0	69	100,0

Santisteban,⁽⁹³⁾ en su estudio doctoral reporta un 26.5% de morbilidad por hipertensión arterial y asevera que en esta etapa de la vida predominan la HTA, la obesidad y la cardiopatía isquémica como causas de mayor morbilidad en los países desarrollados siendo en Cuba los rubros que producen la mayor morbilidad y mortalidad en mujeres mayores de 50 años de edad.

Según cifras de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública (Minsap), en Cuba existen alrededor de 2 212 495 hipertensos con una tasa de 191,7. La cifra de mujeres dispensarizadas como hipertensas en Cuba asciende a los 1 202 842 con una tasa de 204,2,⁽⁹⁴⁾

En nuestra tabla se puede observar que 61,5 % de las féminas de servicio pertenecen a la población en estudio por hipertensión a continuación de los licenciados con 47,8%, la obesidad alcanza el 62,5 % en las administrativas y las doctoras el 46,6 %.

La menopausia no supone necesariamente un aumento de peso, pero sí de grasa abdominal. Esa es la respuesta del cuerpo a la caída de estrógenos en la menopausia, un cambio de almacenamiento de grasa de las caderas a la cintura. Según estudios realizados, las mujeres ganan un promedio de 0,5 kg por año a partir de los 50 años, pero presentan un rápido aumento de la grasa abdominal el tercer año después de la menopausia. La acumulación de grasa abdominal representa un aumento del riesgo de diabetes y sobre todo de enfermedades cardiovasculares, principal causa de muerte entre las mujeres posmenopáusicas. Hay reportes de estudios que muestran que altos niveles de grasa en la alimentación pueden tener indeseables consecuencias sexuales.⁽⁸⁸⁾

En la edad mediana, la población femenina mayor de 40 años asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo y, específicamente en Cuba, hoy día a la carga doméstica normal se agrega la adecuación de patrones de convivencia entre varias generaciones en un mismo hogar o vivienda y la mujer se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar; asimismo, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o

suegros, ahora convertidos en adultos mayores, así como de los nietos. (madre-hija, esposa-abuela y/o enfermera-cuidadora).

(18, 112,114)

Tabla 15. Distribución de las trabajadoras en edad mediana según cumplimiento de terapéutica y etapa del climaterio

Cumplimiento de tratamiento	Etapa del climaterio				Total	
	Peri menopausia		Posmenopausia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Utiliza el tratamiento indicado	22	37,2	9	29,0	31	34,4
No utiliza tratamiento indicado	24	6,7	6	19,3	30	33,3
Se auto medica	9	15,2	7	22,5	16	17,7
No refiere	4	6,7	9	29,0	13	14,4
Total	59	100,0	31	100,0	90	100,0

Según el resultado de estudio sobre cumplimiento de terapéutica se observó que el 34,4 % utiliza el tratamiento indicado.

Es inevitable destacar que en las mujeres de este grupo se asocian, con frecuencia, algunas enfermedades crónicas no trasmisibles como la enfermedad hipertensiva, la ganancia exagerada de peso, diabetes mellitus, entre otras entidades. Por este motivo, durante mucho tiempo se ha reconocido que las mujeres posmenopáusicas tienen un mayor riesgo de enfermedad vascular. Los factores hormonales, especialmente la disminución de las concentraciones de estradiol, influyen en la acumulación de factores de riesgo que, a su vez, producen inflamación crónica. ⁽¹¹²⁾ por lo que la morbilidad adquiere un papel importante sobre todo, si se tiene en cuenta, que alrededor de la tercera parte de la vida femenina transcurre después de la menopausia, como ha sido señalado. ⁽¹⁹⁾

Tabla 16. Distribución de las trabajadoras en edad mediana que no cumplen tratamiento indicado según causas y etapa del climaterio

Causas de no utilización	Etapa del climaterio				Total	
	Peri menopausia		Posmenopausia			
	No.	%	No.	%	No.	%
Desconocimiento	16	27,1	3	50,0	19	24,4
Considera innecesario	2	3,3	0	0,0	2	2,2
No tiene mejoría	2	3,3	1	16,7	3	3,3
No tiene criterio de seriedad con respecto a su enfermedad	4	6,7	2	33,3	6	6,6
TOTAL	24	100,0	6	100,0	30	100,0

Observamos en la tabla 16 que el 24,4 % de las féminas presentaban desconocimiento de tratamiento para su enfermedad correspondiendo con las 30 trabajadoras que no utilizaban tratamiento. La estructura por causas de muerte para este grupo poblacional, es un reflejo del lugar que ocupa en la transición epidemiológica cubana. Las principales causas de mortalidad se asocian con enfermedades crónicas y degenerativas, tumores malignos, enfermedades del corazón y cerebrovasculares lo que avala la propuesta de un programa que permita visualizar a las mujeres en esta etapa del ciclo de vida, y posibilite además la prevención de enfermedades asociadas comorbilidad- y la atención integral, personalizada y humanística para aquellas que así lo requieran. Diversas razones justifican entonces la necesidad de estudiar y brindar una especial atención a las mujeres en esta etapa de la vida. ⁽¹²¹⁾

Tabla 17: Distribución de las trabajadoras según acompañamiento en las tareas domésticas

Tareas domésticas	No.	%
Sola	78	86,6
Con ayuda	12	13,3
Total	90	100,0

En la edad mediana, la población femenina mayor de 40 años asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo y, específicamente en Cuba, hoy día a la carga doméstica normal se agrega la adecuación de patrones de convivencia entre varias generaciones en un mismo hogar o vivienda y la mujer se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar; asimismo, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros, ahora convertidos en adultos mayores, así como de los nietos. (madre-hija, esposa-abuela y/o enfermera-cuidadora. ⁽¹¹²⁾. En contraposición a estos hallazgos González Ricardo.⁽¹¹⁴⁾ (en su estudio realizado en mujeres trabajadoras de la salud no encontró recarga genérica, al reportar un 52.5% de féminas sin sobrecarga de género.

Otro resultado a comentar es en reportado por Rivas Alpizar.⁽¹⁸⁾ donde un grupo de féminas (14,7%) expresó no tener tiempo para asistir al médico a pesar del fácil acceso a la atención médica que existe en el sistema de salud cubano, y de la presencia de síntomas climatéricos molestos. No conocemos de otro reporte nacional donde se evalúe este aspecto, por lo que no es posible categorizar este resultado, aunque una probable explicación sería considerarla como expresión de la sobrecarga genérica de la mujer de edad mediana, toda vez que la mayoría de las que así respondieron tuvieron mayor índice del condicionamiento de género y mayor intensidad de síntomas circulatorios. En este sentido, se encontró que la mayoría de las mujeres presentaba recarga genérica, reportándose en el 86,6 % de las estudiadas. Y el 53,3 % al llegar al hogar atención a enfermos.

En el plano social, la mujer climatérica de edad mediana, se convierte en el centro de la dinámica familiar y de la administración económica del hogar, aumenta su responsabilidad como cuidadora de padres o suegros (adultos mayores), así como de los nietos. La doble jornada es más agresiva cuando se exigen respuestas iguales a diez años precedentes, pero estas no son idénticas, puesto que aumentan las responsabilidades familiares y sociales. .

Tabla 18 Distribución de las trabajadoras según atención a enfermos en el grupo de estudio.

Atención al enfermo	No	%
Si	48	53,3
No	42	46,6
Total	90	100,0

La multiplicidad de funciones que asume la mujer de edad mediana por el condicionamiento de género, que incluye su incorporación al trabajo, al desempeño de las tareas domésticas, a la atención a los enfermos de la familia y la carga familiar, origina una sobrecarga genérica que podría tener un impacto negativo en la salud de la mujer y, por tanto, en la percepción de los síntomas climatéricos.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

Conclusiones

- La morbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial y la obesidad en mujeres en la etapa de la perimenopausia universitarias y casadas y con síndrome climatérico moderado .
- El síndrome climatérico muy molesto estuvo relacionado con trabajadoras de servicios generales
- Las féminas estudiadas la mayoría realizaba las tareas domésticas sin ayuda y tenía a su cargo la atención a enfermos y ancianos
- En relación a la adherencia terapéutica predominó el cumplimiento del tratamiento indicado, tanto en la peri menopausia como en la posmenopausia

RECOMENDACIONES

Recomendaciones

- Divulgar los resultados de esta investigación en la Institución correspondiente con el objetivo de realizar evaluación de las condiciones de trabajo, desarrollar prácticas para las mujeres del centro en cuanto autocuidado y cuidados.
- Crear en la propia institución Programas educativos encaminados a mejorar estado de salud de las trabajadoras de estos grupos etarios.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS**

Referencias bibliográficas

1. Montoya Romero JJ. Situación laboral y social de la mujer climatérica. En: Zárate Arturo y Carlos McGregor. Menopausia y cerebro. Aspectos psicosexuales y neurohormonales de la mujer climatérica. México DF: Editorial Trillas; 1997.p.185-6.
2. Castañeda Gueimonde CM. Manual de atención de salud de la mujer. Mujer y climaterio .Matanzas .Centro Provincial Matanzas,2006.
3. Rekers H. Mastering the menopause. En: Burger H, Boulet M. A portrait of the menopause. Reino Unido:The Parthenon Publishing Group, Casterton Hall. Camforth; 1991.p.29
4. Consejo Episcopal Latinoamericano. La biblia de estudio. Génesis: 17,5. Brasil: Editorial Sociedades Bíblicas Unidas; 1997. p.45.
5. Wilbush J. Le menespausie. The birth of a syndrome. Maturitas. 1979; 1:145-51.
6. Ausin J. Definición y epidemiología de la menopausia. En: Palacios Santiago. Climaterio y Menopausia. Madrid: Mirpal; 1993.p.37
7. Yanes M, Chio I. Calidad de vida en la mujer de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 20(2).
8. Navarro D, Padrón RS, Seuc A, Desdin M. Factores relacionados con las características del síndrome climatérico en un grupo de mujeres cubanas. Rev Cubana Endocrinol.1999; 10(2):116-123.
9. Ovies BRM, Visbal LA, Despaigne DAN, Piñero JP, Nodarse A. Modelo de Atención a La Mujer Climatérica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [internet] 1998 [citado 22 marzo 2019]; 24(2): [aprox 6 p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=5725726&lang=es&site=ehost-live>

10. Castañeda Abascal IE, Díaz Bernal CZ, Artiles Visbal CL. La Red de Género y Salud ALAMES-Cuba como mecanismo de apoyo del Sistema Nacional de Salud. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 22 marzo 2019]; 40(1): [aprox 8 p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=112196278&lang=es&site=ehost-live>
11. Santisteban Alba S. Atención integral a las mujeres en edad mediana. Rev Cubana Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(2):251-70.
12. Benitez J. Biología de la edad. En: Palacios S, editor. Salud y Medicina de la mujer. Madrid: Editorial Harcourt; 2001.p. 27-28.
13. Gómez E. Curso Virtual Género y Salud: Marco Conceptual. Organización Panamericana de la Salud Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos [internet] 2010[citado 22 marzo 2019] [aprox 7 p.]. Disponible en: <http://www.paho.org>
14. Castañeda I, Astraín ME, Martínez V, Sarduy C, Alfonso AC. Algunas reflexiones sobre el género. Rev Cubana Salud Pública. 1999; 25(2):129-42.
15. Álvarez M. Prólogo. En: Sarduy C, Alfonso AC, editores. Salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1999.
16. Consejo de Estado. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing. Gaceta Oficial de la República de Cuba. LA Habana: Editorial de la mujer; 1999
17. Artiles Visbal L, Navarro D, Manzano BR. Climaterio y menopausia .Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
18. Rivas Alpízar E, Navarro Despaigne D. Factores relacionados con la demanda de atención médica para el climaterio. Rev Cubana Endocrinol [internet] 2003 [citado 12 de abril de 2009]; 14(3): [aprox 7p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_3_03/end03303.htm.
19. Lugones Botell. Climaterio, daño vascular y sexualidad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [internet] 2013[citado 2016 Mayo] 39(4): [aprox 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0138600x2013000400011&lng=es>

20. De la Llera Suarez E, Álvarez Sintés R. Modo, condiciones y estilo de vida. En: Oliva Agüero A, editor. Medicina General Integral. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p.75-81.
21. Navarro D. Cambios en la fisiología femenina tras el cese de la función reproductiva del ovario. 2ª ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.
22. Sarduy M, Lugones M. II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. La Habana: Editorial CIMEQ; 2007.
23. Navarro D. Climaterio y Menopausia. De médica a mujer. 2ª ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.
24. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2004.
25. Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Satisfacción de las mujeres en etapa climatérica en Brisas del Golfo, República Bolivariana de Venezuela (2005-2007). Rev. Cubana Med Gen Integr.2012; 28 (1)
26. Sala Santos MA, González Sala M. La sexualidad en el climaterio. Rev. Sexología y sociedad. 1999; 5(3):17-19.
27. Navarro D. Diabetes Mellitus, Menopausia y Osteoporosis. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.
28. Coulam CB, Anderson SC, Annegam JF. Incidence of premature ovarian failure. Obstetric Gynecol; 2006; 67:604.
29. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner J. The normal menopausal transition. Maturitas; 2002; 14; 103-115.
30. Munro MG. Dysfunctional uterine bleeding: advances in diagnosis and Treatment. Curr Opin Obstet Gynecol; 2001; 13; 475-489.
31. Novack. Tratado de Ginecología .12ª ed. México DF: Editorial Interamericana; 2002.
32. Parra M, Lagos N, Levancini M, Villarroel M, Pizarro E, Vanhauwaert P, et al. Menopausia y Terapia Hormonal de la Menopausia Las recomendaciones 2018 de la Unidad de Endocrinología Ginecológica de Clínica Alemana de Santiago -Sociedad Italiana de la Menopausia y la Sociedad Chilena de Endocrinología Ginecológica. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología [Internet] 2018 [citado 22 marzo 2019]; 83(5):

[aprox 9 p.]. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133614251&lang=es&site=ehost-live>

33. Santiesteban Alba S. Climaterio y menopausia [CD-ROM]. 7^{ma} ed. La Habana: Maestría de Atención Integral a la Mujer; 2006.
34. Cabezas Cruz E, Cutié León E, Santiesteban S. Manual de procedimientos en ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
35. .Albizu-Campos E, et al. Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. CEDEM. MINSAP. UNICEF. 1995.
36. Dois Castellón AM, Urrutia Soto MT, Araya Gutiérrez AX, Carrasco Aldunate P. Experiencia de usuarias de un centro de atención primaria chileno con menopausia y representaciones sociales. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2017 [citado 22 marzo 2019];43(3):[aprox 6 p.]. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128553473&lang=es&site=ehost-live>
37. Fiallo Arancibia N, Pérez Piñero Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. Conceptos básicos y estudios de casos. En: Sanabria G, Rodríguez A, Rojo N, editores. Conocimientos sobre el climaterio y estilo de vida en mujeres de edad mediana. Área de salud Catalina de Güines. La Habana. 2003. La Habana: UNFPA; 2007
38. Navarro D, et al. Menopausia y Longevidad. Impacto de los Procesos Sociales en el Climatérico. 1998
39. Poblano-Verástegui O, Vieyra-Romero WI, Galván-García ÁF, Fernández-Elorriaga M, Rodríguez-Martínez AI, Saturno-Hernández PJ. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. Salud Pública de México [Internet] 2017 [citado 22 de marzo 2019];59(2):Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=122286409&lang=es&site=ehost-live>
40. Oficina Nacional de Estadísticas. Informe Censo Nacional de Población y Viviendas. Cuba 2012. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2014.

41. Sherwood A, et al. Night time Blood Pressure Dipping in Postmenopausal Women with Coronary Heart Disease. Am J Hypertens.2012.
42. Piero MN, Nzaro GM, Njagi JM. Diabetes mellitus – a devastating metabolic disorder. Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences. 2014; 4 (40): 1-7.
43. Navarro Despaigne DA, Santiago Sierra MT, Vázquez Niebla JC. Publicaciones de artículos originales de autores cubanos sobre algunas afecciones endocrinas en la mujer de edad mediana. Revista Cubana de Endocrinología [Internet] 2016 [citado 22 de marzo 2019]; 27(3):[aprox 12 p.]. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=120579088&lang=es&site=ehost-live>
44. Licea Puig ME, Álvarez Altamirano VA, Monteagudo Pérez G, Gómez Alzugaray M. Características de la posmenopausia en mujeres con diabetes tipo 1. Rev Cubana Endocrinol. 2007; 18(1).
45. Acosta Cedeño A, Navarro Despaigne D, Díaz Socorro C, Álvarez Y, Domínguez Alonso E, González Calero T, Cabrera Gámez M, et al. Calidad del hueso en mujeres de edad mediana con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cubana Endocrinol.2008; 19 (1).
46. Almeida. Análise da composição corporal e prática de atividade física em mulheres pós-menopausa. Da Faculdade de Educação Física da UNICAMP [internet] 2013 [citado 2015 marzo]; 11(3): [aprox. 18 p.]. Disponible en:
<http://conexoes.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/1009/536>
47. García D, Castellanos M, Cedeño R, Benet M, Ramírez I. Tejido adiposo como glándula endocrina. Implicaciones fisiopatológicas. Rev finlay [internet] 2011 [citado 2015 Feb]; 1(2): [aprox. 20 p.]. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/39>
48. Dos Santos AD, Alves Da Silva CD, Dantas De Medeiros J, Guarnieri Panazzolo GI, Tenório Alves Da Silva HC, Marinho Rosa Filho AA, et al. Perfil Epidemiológico de Pacientes com Diabetes Mellitus. Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research [Internet] 2018 [citado 22 marzo 2019];24(2) : Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=132894872&lang=es&site=ehost-live>

49. Díaz-Perera G, Safón M, Quintana C, Alemañy E. Factores de riesgo y enfermedades consecuentes de la aterosclerosis en pacientes hipertensos. . Rev Hab Cienc Méd [internet] 2010 [citado 22 marzo 2019]; 9(4): [aprox 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400004
50. Leguen L, Castellanos M, Sánchez MJ, Benet M. Factores de riesgo cardiovasculares y su relación con las alteraciones del metabolismo de los glúcidos y lípidos. Rev Finlay [internet] 2014 [citado 2015 mar 27]; 4(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/326>
51. Zugasti A, Moreno B. Obesidad, factor de riesgo cardiovascular. Esp Obes. 2005; 3(2):89-94.
52. Expert panel on the identification evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. Executive summary of the clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. Arch Intern Med. 1998; 158:1855-67.
53. Schneider HJ, Glaesmer H, Klotsche J, Lehnert H, Zeiher AM, Pittrow D, et al. Detect Study Group. Accuracy of anthropometric indicators of obesity to predict cardiovascular risk. J Clin End Metab [internet] 2007 [citado 2015 ene]: 92(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://press.endocrine.org/doi/full/10.1210/jc.2006-0254>
54. Álvarez P, Sangiao S, Brandón I, Cordido F. Función endocrina en la obesidad. End Nutr [internet] 2011 [citado 2015 marzo]; 58(8): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-funcion-endocrina-obesidad-90028497>
55. Organización Mundial de la Salud, 2014. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.[internet] 2014 [citado 2014 sept]; Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/es/
56. Bayod C, Villarroel MT, Pérez Lorenz JB, Puzo J. Arteriosclerosis. Factores de riesgo cardiovascular. Medicine. España [internet] 2013

[citado 22 marzo 2019] 11(40): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541213706358>

57. Muscelli E, et al. The Effect of Menopause on Carotid Artery Remodeling, Insulin Sensitivity, and Plasma Adiponectin in Healthy Women. *Am J Hypertens*.2009.
58. R. P, E. L, J. I-F, L. F-D, D. C-Q, J. C. F-T, et al. Efectos Del D-003 (10 Mg/Día) Y Los Ácidos Grasos Omega-3 Sobre La Calidad De Vida en Mujeres Post-Menopáusicas Con Riesgo De Osteoporosis. *Revista CENIC Ciencias Biológicas* [Internet] 2018 [citado 22 marzo de 2019]; 49(1): [aprox 11 p.]. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128016170&lang=es&site=ehost-live>
59. Ríos Hidalgo N, Rivero Machado IC, Juana Ordoñez D, Sitchao Suárez NM, López Vergara JM, Garcés Sigas JR. La retención de contenidos biomédicos relacionados con la enseñanza desarrolladora en Anatomía Patológica. *Escuela Latinoamericana de Medicina. Panorama Cuba y Salud* [Internet] 2017 [citado 22 de marzo 2019]; 12(2): [aprox 9 p.]. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=130069522&lang=es&site=ehost-live>
60. Conferencia de consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis. Instituto Nacional de la Salud, USA. *Rev Esp Enf Metab Oseas*.2010; 9: 231-39.
61. Schnatz PF, Marakovits KA, Dubois M, O'Sullivan DM. Osteoporosis screening and treatment guidelines: are they being followed?. *Menopause*; 2011.
62. Ferrar L, et al. Prevalence of non-fracture short vertebral height is similar in premenopausal and postmenopausal women: the osteoporosis and ultrasound study. *Osteoporos Int*; 2011.
63. Rostom S, Allali F, Bennani L, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N. The prevalence of vertebral fractures and health-related quality of life in postmenopausal women. *Rheumatol Int*; 2011.

64. Morales E. La mujer y el tabaco: su uso y prevalencia. *Avances Cardiol* [internet] 2010 [citado 22 marzo 2019]; 30(1): [aprox 14 p.]. Disponible en: <http://www.sscardio.org/wp-content/uploads/09.pdf>
65. Heredia B, Lugones M. Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. *Rev Cubana Obstetricia y Ginecología* [internet] 2012 [citado 16 de enero 2012]; 33(3): [aprox 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript.es>
66. Ministerio de salud pública. Programa integral para el control del cáncer en cuba. Control del cáncer en la atención primaria de salud. Experiencias cubanas. 2010.
67. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Cuba 2012. La Habana: Ministerio de Salud Pública. 2012.
68. Gómez MM, Lagoueyte Gómez MI. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Avances en Enfermería*. 2012; 30 (1): 32-41.
69. Althoff KN. Correlates of cervicovaginal human papillomavirus detection in perimenopausal women. *J Womens Health*. 2009; 18(9):1341-6.
70. Soliman PT. Risk factors for young premenopausal women with endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2015; 105(3):575-80.
71. Enríquez B, Fuentes L, Jova M, Robaina F. Estudio clínico-epidemiológico del adenocarcinoma del endometrio y sus precursores. *Rev Cubana Obstetricia y Ginecología*. 2003; 29 (3).
72. Rodríguez Sotomayor Y, Pardo Fernández A, Mondelo López I. Concepción epistemológica emergente de equidad de género en el envejecer de las mujeres. *Revista Información Científica* [Internet] 2018 Jul [citado 22 marzo 2019]; 97(4): [aprox 13 p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=133491443&lang=es&site=ehost-live>
73. Rohlfs C, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit*. 2000; 14(2):146-155.
74. Morris DH, Jones ME, Schoemaker MJ, McFadden E, Ashworth A, Swerdlow AJ, et al. Body Mass Index, Exercise, and Other Lifestyle

Factors in Relation to Age at Natural Menopause: Analyses From the Breakthrough Generations Study. Am J Epidemiol. 2012.

75. Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M, Rodríguez Martínez L, Rodríguez Molina M, Iglesias González B. Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet] 2016 [citado 22 marzo 2019]; 42(3): [aprox 7 p.]. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=121536869&lang=es&site=ehost-live>
76. Louro I. Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. En: Olivia Agüero A, editor. Medicina General Integral. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p. 397-419.
77. García I, Navarro D. Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climatérica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(2)143-154.
78. Lugones M, Navarro D. Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Rev Cubana Obstetricia y Ginecología [Internet] 2006 [citado 16 abril 2016]; 32(1): [aprox 12 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es
79. Leyva Y, Artiles I, Flórez L, Cano AM, Bravo O, Castro M, et al. Salud sexual, sexualidad y trastornos sexuales. En: Olivia Agüero, editor. Medicina General Integral. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2008. P. 100-12.
80. Fernández A, Navarro D. Adiposidad total, su distribución abdominal. Rev Cubana Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(3): 433-439.
81. Navarro D, Artiles L, García T. Impacto de los factores sociales en la frecuencia e intensidad del síndrome climatérico. Rev Ecuat Ginecol Obstet. 1998; 5(3):262-6.
82. Ares P. Una aproximación al estudio de la psicología de la familia. Editorial Ciencias Médicas. 2006.
83. Lugones BM, Ramírez BM. Lo social y lo cultural: Su importancia en la mujer de edad mediana”. Rev Cubana Obstetricia y Ginecología. 2008; 34(1).

84. Sell LLuveras JL, Padrón Durán RS, García Alvarez T, Torres Balbosa C. Caracterización de la función sexual en mujeres con menopausia precoz. Rev Iberoam Menop. 2002; 4(2): 3-13.
85. Sariol Corrales Y, Navarro Despaigne D, Álvarez Plasencia R, de Armas Águila Y, Domínguez Alonso E, Dopazo Alonso M. Etapas del climaterio y función endotelial en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Endocrinol [Internet] 2015 [citado 25 mayo 2016]; 26(2): [aprox 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es
86. Roberts H. Managing the menopause. BMJ. 2007; 335(7596):736-41.
87. Pertynski T, Stachowiak N. Menopausia - facts and controversias". Endokrynol Pol. 2006; 57(5): 525-34.
88. Lugones Botell M. La salud de la mujer en el climaterio y la menopausia. La Habana. Editorial Científico Técnica. 2006.
89. Lugones BM, Ramírez BM, Miyar PE. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006; 44(3).
90. Tinoco Vergara A, Carlos Calderón J, Torres Villacreses M, Rojas J, Bermúdez V. Obesidad y distribución de la grasa: resultado sobre la densidad mineral ósea de mujeres post menopáusicas del Hospital Gineco - obstétrico Enrique C. Sotomayor, Ecuador. Síndrome Cardiometabolico [Internet] 2014 [citado 22 marzo 2019]; 4(3): [aprox 9 p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128609479&lang=es&site=ehost-live>
91. Acevedo M, Tagle R, Kramer V, Arnaíz P, Marín A, Pino F, et al. Hipertensión arterial: el factor de riesgo más importante para grosor íntima-media carotídeo elevado y placa carotídea en adultos de Santiago. Rev Med Chile. 2011; 139: 290-297.
92. Pacheco J. Hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer. An Fac med. 2010; 71(4):257-64.
93. Santiesteban Alba SR. Atención a las mujeres climatéricas desde la Atención Primaria de salud. Junio 2000-2006 [Tesis doctoral]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende; 2007.

94. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor. Recomendaciones para la práctica clínica. Revista Medica del IMSS [Internet] 2016 [citado 22 marzo 2019];54: S75–7[aprox 12 p.]. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=118760686&lang=es&site=ehost-live>
95. Velázquez EM. Prevención cardiovascular en la mujer postmenopáusica. Rev Venez Endocrinol Metab.2009; 7(2):3-16.
96. Oficina Nacional de Estadística. Panorama económico y social. Cuba 2012. La Habana. 2013.
97. Benítez Páez ME. Taller de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.2013.
98. Corral A, Pérez J. Clasificación del síndrome climatérico en mujeres de edad mediana, Ciudad de La Habana, 2003. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009; 25(1).
99. Rodríguez D, Pérez J, Sarduy M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol.2014; 40(2):218-232.
100. Vladislavovna-Doubova S, Pérez Cuevas R, Reyes Morales H. Adaptación y validación de escalas de autoeficacia y empoderamiento dirigidas a mujeres mexicanas en etapa de climaterio. Salud Pública Méx. 2013; (55)3:390-6.
101. Capote MI, Segredo AM, Gómez O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(4):543-57.
102. Dessapt AL, Gourdy P. Menopause and cardiovascular risk. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2012; 41(7):13-9.
103. Peláez J. Salud reproductiva del adolescente. La Habana:Editorial Científico Técnica;2003.
104. Burger H. The menopausal transition-endocrinology. J Sex Med. 2008; 5(10):2266-73.
105. Heiss G, et al. Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin. JAMA. 2008; 299(9):1036-1045.

106. Marrón JC, Manzano BR, Pérez J; Nodarse A. Caracterización de mujeres atendidas en consulta de climaterio del Hospital González Coro” [tesis]. La Habana .2000.
107. Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, Figueroa-Casas E, et. al. Age at menopause in Latin America. *Menopause*. 2006; 13 (4): 706-712.
108. Perls TT, Fretts RC. The evolution of menopause and human life span. *Annals of Human Biology*. 2001; 28 (3): 237. 45
109. De Bruin JP, Bovenhuis H, van Noord PAH, Pearson PL, van Aredonk JAM, Velde ER, Kuurman WW, Dorland M. The rol of genetic factors in age at natural menopause. *Hum Reprod* .2001; 16 (9): 2014-18.
110. Gómez Leliebre C. Comportamiento de la hipertensión arterial y sus factores de riesgo en mujeres de la mediana edad. Policlínico Plaza de la Revolución 2007 – 2011. [Tesis Maestría], La Habana: Facultad Cdte Manuel Fajardo; 2011
111. Jiménez Chacón MC, Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo EM. Comportamiento y tratamiento de los trastornos sexuales en el climaterio. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet] 2010 [citado 2016 Mayo 16] ; 36(2):[aprox 12 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200014&lng=es.
112. Couto Núñez Dayana, Nápoles Méndez Danilo. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. *MEDISAN* . 2012; 16(8): 1185-1194.
113. Martínez Torres JC. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2014; 40(1): 102-118.
114. González Ricardo Y, Maceo Coello T, Navarro Despaigne DA, Domínguez Alonso E. Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. *Rev Cubana Endocrinol*. 2011; 22(2): 133-143.
115. Disfunción sexual: entre la realidad y el marketing. Información Farmacocinética de la comarca (Infac). [serie en internet]. 2010 [citado 25 de mayo de 2016]; 18(4). Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urologia/infa_vol18_n4de.pdf

116. Aldana E, Gómez ME, Morales FA, Gaviño F. Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso psicoterapéutico. *Ginecol Obstet Mex.* 2007; 75:268-76.
117. Heredia Hernández B, Lugones Botell M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Rev Cubana Obstetricia y Ginecología.* 2007; 33(3).
118. Yanes M, Benítez Y, Alfonso I. Síndrome climatérico: caracterización clínica y socio-epidemiológica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004; 20(4).
119. Martínez Chang YM. Síntomas climatéricos según el estilo de vida en mujeres de edad mediana [Tesis de Maestría]. La Habana: Facultad Cdte. Manuel Fajardo; 2016.
120. Celades M. Aspectos clínicos de la menopausia. En: Mirpal editores *Climaterio y menopausia.* Madrid: Mirpal; 1994.p.64-8.
121. Manzano Ovies BR. Climaterio. En: Rigor Ricardo O, Santiesteban Alba S. *Obstetricia y Ginecología.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p 223-231.
122. Manzano Ovies BR, Visbal A, Navarro Despaigne L, et al. Modelo de Atención a la Mujer Climatérica (MACLI). *Rev Cubana Obstetricia y Ginecología.* 1998; 24(2) p.105-111.

ANEXOS

Anexo 1

Planilla de recolección de datos.

1. Edad actual.....
2. Estado civil-----
 - Soltera-----
 - Casada-----
 - pareja estable-----
 - viuda-----
 - divorciada-----
3. Nivel de escolaridad.
 - Primaria
 - Secundaria básica----
 - Preuniversitario-----
 - Técnico medio-----
 - Universitario-----
4. Labor que desempeña.
 - Médico-----
 - Licenciada -----
 - Técnicos-----
 - Administrativo -----
 - Servicio generales-----
5. Hábitos tóxicos
 - Café
 - Tabaco-----
 - Alcohol-----
- 6- Peso en KG-----
Talla-----
IMC -----
 - Bajo peso (IMC)<18.5 kg/ m²-----
 - Normopeso: (IMC) 18.5—24.9 kg/m²-----
 - Sobrepeso:(IMC) 25---29.9kg/m²-----
 - Obesidad: (IMC) >30kg/m²-----

7. Antecedentes patológicos personales

- Hipertensión arterial-----
- Diabetes mellitus-----
- Osteoporosis-----
- Asma bronquial-----
- Epilepsia-----
- Cardiopatía-----
- Cáncer de mama----
- Cáncer de endometrio-----
- Enfermedades tiroideas-----

8. Paridad

- Nulípara-----
- 1-2 partos-----
- Multípara más de 2-----

9. Edad de la primera menstruación

< 10-----

10-15 -----

16 y más-----

10. Tipo de menopausia

- Natural-----
- Quirúrgica-----

11. Edad de la menopausia

Menos de 40 años-----

40-49 años-----

50-55 años-----

Mayor de 55 años-----

12. Etapa del síndrome climatérico

- Perimenopaúsica-----
- Menopaúsica Temprana-----
- Menopaúsica Tardía-----

13. Intensidad del síndrome climatérico

Asintomático o muy leve < 24 puntos

Leve ----- 25 – 50

Moderado ----- 51 – 80

Muy molesto ----- 81 o más

14. Adherencias terapéuticas

- Utiliza tratamiento indicado-----
- No utiliza tratamiento indicado-----
- Se auto medica-----

15. Razones de no uso

- Desconocimiento-----
- Considera innecesario-----
- No presenta mejoría-----
- No presenta criterio de seriedad con respecto a su enfermedad-----

16. En su vivienda las tareas domésticas las realiza

- Sola ____
- Con ayuda ____
- Otra persona ____

17. En su vivienda la atención a los enfermos las realiza:

- Sola ____
- Con ayuda ____
- Otra persona ____

Anexo 2

Escala para medir intensidad del síndrome climatérico

	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Peso	Puntos
SÍNTOMAS CIRCULATORIOS						
Sofocos u oleadas de calor					4	
Sudoraciones nocturnas					4	
Palpitaciones					2	
Parestesias-hiperestesias					2	
Dolores de cabeza					1	
					Subtotal Circulatorios	
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS						
Insomnio					3	
Nerviosismo					3	
Iritabilidad					3	
Labilidad emocional					3	
Disminución interés sexual					3	
Pérdida capac. memoria-concentración					2	
Apatía					2	
Tristeza					2	
Miedos					1	
					Subtotal Psicológicos	
SÍNTOMAS GÉNITOURINARIOS						
Dispareunia					3	
Disminución placer sexual					3	
Sequedad vaginal	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Atrofia genital	Ausente (0)		Presente (2)		3	
Incontinencia urinaria					1	
Polaquiuria					1	
Disuria					1	
					Subtotal Génitourinarios	
SINTOMAS GENERALES						
Dolores musculares-osteoarticulares					2	
Aumento de peso					2	
Vértigos					1	
Sequedad mucosa oral					1	
Astenia					1	
Pérdida de peso					1	
Sequedad de la piel	Ausente (0)		Presente (2)		1	
					Subtotal Generales	
					TOTAL	

Anexo 3

Instructivo para puntaje.

Para el Puntaje total	
Muy leve	De 0 a 24 puntos
Leve	De 25 a 50 puntos
Moderado	De 51 a 80 puntos
Muy molesto	81 puntos o más
Muy leve	De 0 a 24 puntos
Sub escala de Síntomas Circulatorios	
Muy leve	De 0 a 6 puntos
Leve	De 7 a 14 puntos
Moderado	De 15 a 23 puntos
Muy molesto	24 puntos o más
Muy leve	De 0 a 6 puntos
Para Sub escala de Síntomas Psicológicos	
Muy leve	De 0 a 9 puntos
Leve	De 10 a 19 puntos
Moderado	De 20 a 32 puntos
Muy molesto	33 puntos o más
Para Sub escala de Síntomas Genitourinarios	
Muy leve	De 0 a 1 punto
Leve	De 2 a 7 puntos
Moderado	De 8 a 16 puntos
Muy molesto	17 puntos o más
Para Sub escala de Síntomas Generales	
Muy leve	De 0 a 3 puntos
Leve	De 4 a 6 puntos
Moderado	De 7 a 11 puntos
Muy molesto	12 puntos o más

Anexo 4

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente declaro que me han informado que se está realizando una investigación para caracterizar a las trabajadoras de mediana edad del Hospital Docente Ginecobstétrico Ramón González Coro en cuanto a una investigación sobre morbilidad oculta , a tal efecto se me ha solicitado colaboración respondiendo a los diferentes instrumentos, donde se incluyen un cuestionario para la obtención de los datos sociodemográficos la aplicación del instrumento para la evaluación de la intensidad de los síntomas climatéricos, asegurándome que los datos obtenidos serán confidenciales y anónimos y solo serán mostrados los resultados en eventos de carácter científico.

Por lo anterior, no tengo inconvenientes en dar mi consentimiento para que se me incluya en dicho estudio.

Trabajadora

Firma

Investigador Principal _____

(Nombre, Apellidos y firma)