

Universidad de Ciencias Médicas de La
Habana Facultad de Medicina Dr. Manuel
Fajardo

Estado de salud de la mujer de edad mediana
desde la perspectiva de género. Policlínico
Universitario Cerro. La Habana 2018

Tesis para optar por el título académico de Máster
en Investigaciones en Climaterio y Menopausia

Autora:

- MSc. Dra. Migdalia Socarrás León

Especialista Primer Grado en Medicina General
Integral

Profesora Asistente

La Habana

2019

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Stalina que siempre me ha apoyado tanto en mi primera maestría en Atención Integral a la Mujer como en esta de Investigaciones en Climaterio y Menopausia, su ayuda incondicional y ejemplo ha sido mi fuente de inspiración y de tantas y tantas horas de estudio.

La Dra. Daysi que le doy gracias a la vida por haberla conocido y haberme transmitido su experiencia profesional, para mí es un gran privilegio.

Mis compañeras de maestría, con ustedes mi gratitud y deuda eterna.

A todos los profesores del claustro de esta excelente maestría,

A todos muchas gracias.

*Luchar es la vida y no hay que rehuirle.
Solo los que saben sacrificar
Llegan a la vejez con salud y hermosura.*

José Martí

DEDICATORIA

A mi madre que a pesar de ser una anciana octogenaria su sabiduría, claridéz y deseo de seguir aportando en la formación y enseñanza de mis hijos, ha sido la protagonista de mi superación profesional.

A mis hijos por el tiempo de espera.

RESUMEN

El cese de la menstruación y el final de la vida reproductiva de la mujer, involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, anatómicos, psicosociales, sexuales y biológicos que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud. Cabe destacar que estamos ante una etapa donde (en ocasiones) puede haber debut de alguna ECNT así como el empeoramiento de algunos de sus síntomas. **Objetivos** Determinar el estado de salud desde la perspectiva de género de la mujer de edad mediana en un Consultorio Médico de Familia del Policlínico Universitario Cerro. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Consultorio Médico N° 12 perteneciente al Policlínico Universitario Cerro; la muestra es no probabilística, integrada por el total de mujeres comprendidas entre las edades de 40 a 59 años. El método utilizado fue empírico mediante la aplicación de una encuesta previo consentimiento informado. **Conclusiones** Las mujeres durante el climaterio presentan las mismas Enfermedades Crónicas No Transmisibles más importante en el cuadro de salud del país; no hay adhesión al tratamiento y control de las mismas en la etapa climatérica, fundamentalmente, por la sobrecarga del género y el no tener conocimientos suficientes de la percepción del riesgo no se empodera de la importancia del seguimiento de la hipertensión arterial crónica.

Palabras claves: Edad climatérica, perimenopausia, postmenopausia, adherencia al tratamiento, condicionamiento de género.

INDICE

CAPÍTULOS	Pág.
CAPÍTULO I Introducción	1
CAPÍTULO II Objetivos	11
CAPÍTULO III Marco Teórico	12
3.1 Situación actual	12
3.2 Tendencia fundamental	17
3.3 Antecedentes teóricos	19
CAPÍTULO IV Diseño Metodológico	21
4.1 Definición del universo	21
4.2 Criterios de inclusión	21
4.3 Método de investigación	21
4.4 Control semántico	22
4.5 Operacionabilidad de las variables	24
4.6 Procedimiento	30
4.7 Aspectos éticos	33
CAPÍTULO V Resultados y comentarios	35
CAPÍTULO VI Discusión	49
CAPÍTULO VII Conclusiones	63
CAPÍTULO VIII Recomendaciones	64
CAPÍTULO IX Referencias Bibliográficas	65
CAPÍTULO X Anexos	76

INTRODUCCIÓN

El concepto de sexo se refiere exclusivamente a las características biológicamente determinadas (anatómicas y fisiológicas) y relativamente invariables que diferencian a los hombres de las mujeres. El concepto de género, por otra parte, se refiere al significado social atribuido a estas diferencias biológicas, esto es, a las características socialmente construidas que diferencian y articulan los ámbitos de lo masculino y lo femenino, hasta establecer las posiciones de poder entre los mismos que conducen al establecimiento de desigualdades e inequidades. Se nace macho o hembra pero se aprende hacer hombre o mujer y a comportarse como tal. Esta conducta aprendida conforma la identidad de género. El concepto de género va más allá de la distinción biológica y abarca la trama de influencias recíprocas que operan entre los factores biológicos ligado a sexo y aquellos vinculados a la posición diferencial que ocupan las mujeres y los hombres en la estructura social. Esta posición diferencial tiene que ver con funciones asignadas, acceso y control con respecto a recursos, y poder de decisión en las distintas esferas de la vida. ¹

Existe la necesidad de disponer de procedimientos cuantitativos que permitan la medición de las diferencias entre mujeres y varones, como punto de partida para el análisis con perspectiva de género.

El género está relacionado con la forma de actuar y pensar que deben tener los hombres y las mujeres de acuerdo con la forma en que se encuentra organizada la sociedad donde se desarrolla.

El enfoque de género permite analizar las diferencias entre mujeres y hombres en los *roles*, las necesidades, el acceso al poder y los recursos y la repercusión que todo esto produce en sus vidas y en particular en la salud, en cuanto a la exposición y vulnerabilidad a enfermedades, el acceso a los servicios y al tratamiento. Su sentido contribuye a visualizar las relaciones de poder y subordinación entre los sexos y conocer las causas que las originan, con la finalidad de ejecutar acciones encaminadas a lograr equidad.²

El hecho de haber nacido de uno u otro sexo determina en gran medida los estereotipos relacionados con la masculinidad o feminidad y a punto de partida de esto, los *roles* que deberán desarrollar cada uno, lo que se establece primero por la influencia de la familia, luego de la escuela y en gran medida por la comunidad con el objetivo de consolidar la identidad de género. Está demostrado que las diferencias de origen fisiológico provocan la existencia de condiciones, enfermedades o riesgos que son exclusivos de uno u otro sexo en particular o que afectando a ambos sexos, registran una mayor prevalencia en uno de ellos, sin embargo, en términos de equidad en el sector salud muchos países del mundo se enfrentan a la exigencia de responder no solo a las necesidades y riesgos particulares ligadas a la función reproductiva que recae exclusiva o predominante sobre el sexo femenino, sino también a la desventaja social que como grupo exhiben las mujeres frente a los varones en relación con los niveles de acceso, control sobre los recursos y procesos para proteger su propia salud y la de los demás. La salud de la mujer, al igual que en el hombre, se ve afectada por factores como duración de la jornada laboral, trabajo nocturno, esfuerzo y posición en el trabajo, presencia de sustancias químicas, biológicas y demás condiciones ambientales del sitio de trabajo que dada su naturaleza específica originan nuevos procesos de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

2-3-4

El sistema sexo – género, históricamente ha ocasionado una situación de discriminación y marginalidad de las mujeres en aspectos económicos, sociales, políticos y culturales.

Las diferencias de morbilidad según sexo se derivan de condiciones no solo biológicas, sino también sociales, donde sobresale, entre otros factores, la valoración que la sociedad realiza acerca del ser hombre o mujer en el desarrollo humano, para esto se necesita del compromiso de diferentes organizaciones e instituciones para la modificación de la condición y posición de las mujeres y en trabajar para lograr un sistema sexo/género equitativo, justo y solidario. Se trata de modificar la posición de desigualdad y subordinación de las mujeres en relación con los hombres, en materia de salud, considerando los efectos de factores sociales, económicos, políticos, culturales y étnicos, abordar también los aspectos referidos a las condiciones de las mujeres relacionadas con las

circunstancias materiales inmediatas en las que vive: ingresos, salud, vivienda.

4

Para lograr la ansiada equidad de género es fundamental tener un conocimiento detallado del tiempo que cada hombre o mujer destina a realizar una determinada actividad, es preciso destacar la doble jornada laboral que recae a veces sobre las mujeres.

Con el objetivo de generar mejores estadísticas sobre trabajo remunerado y no remunerado, es que las encuestas sobre el uso del tiempo con orientación de género adquieren relevancia desde este enfoque, pues se transforman en una herramienta fundamental para el desarrollo de un conocimiento más comprensivo sobre todas las formas de trabajo y empleo en la sociedad.

El proceso social de construcción de la realidad basado en el género, se fundamenta en dos procesos principales: la institucionalización y la socialización.

Institucionalización: Es el proceso donde las acciones que los individuos realizan frecuentemente se convierten en pautas establecidas por la acción conjunta de todos los integrantes de un grupo social.

Socialización: Es el proceso complementario a la institucionalización. Para que las instituciones mantengan su vigencia deben ser asumidas por los nuevos miembros de la sociedad. Esta comprende dos fases:

- **Socialización primaria:** El niño o la niña adquiere capacidad de actuación, modelos de relevancia y lenguaje, en la mayoría de los casos de la familia.
- **Socialización secundaria:** La persona añade diferentes funciones sociales (profesión, roles conyugales).

Desde hace mucho tiempo, los científicos señalan que muchas enfermedades no desaparecerán si no se presta atención a las desigualdades sociales fundamentales. Debemos responder a los retos nuevos y antiguos con lentes que nos ayuden a ampliar nuestra visión de la salud y del bienestar para poder centrarnos en los aspectos de género de las enfermedades.

Los “patrones femeninos” han estado secularmente caracterizados por desigualdades causadas por una socialización diferenciada según sexo, lo cual ha generado que las mujeres soporten una carga desproporcional, mayor de problemas de salud prevenibles, que los que afligen al hombre.

Es indudable que los niveles de mortalidad en el mundo han experimentado un descenso general y que ha aumentado la esperanza de vida al nacer y la ventaja en años de la mujer respecto al hombre. Las estadísticas biogeográficas cubanas acusan una esperanza de vida al nacer para el sexo femenino de 80,02 años, que para el 2025 se espera que ascienda.³

El impulso de la igualdad de género en las sociedades es una condición necesaria para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), afirmaron representantes de instituciones en políticas de la mujer.

Al inaugurar el VI Encuentro de Mujeres Líderes Iberoamericanas, que del 3 al 17 de octubre 2010, se celebró en Madrid, España; la directora ejecutiva del Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de las Mujeres, Inés Alberdi, destacó el papel de la mujer como “agente para el desarrollo”, precisó también que la cumbre de la ONU sobre los ODM se dejó claro que invertir en mujeres y niñas tiene una eficacia para el desarrollo de muchos países. “Numerosas investigaciones señalan y demuestran que sin la participación de las mujeres es casi imposible conseguir algunos de los ODM, como la salud, la educación y la protección del medio ambiente contra el cambio climático”, recalcó. Hizo un llamado a las mujeres latinoamericanas que “utilicen su liderazgo” para acabar con las desigualdades en comunidades rurales y étnicas y poner énfasis en el desarrollo de las mujeres.¹⁻²

La mujer cubana constituye una fuerza cuantitativa y cualitativa importante dentro de la sociedad. A pesar de ello, la familia y la sociedad le exigen con bastante fuerza, la responsabilidad en la crianza de los hijos y al trabajo doméstico, lo que limita las posibilidades de realización profesional y atenta contra el tiempo que deben dedicar a la superación e incluso al disfrute personal.³

Aún persiste el criterio de que los hombres son más aptos para realizar algunas profesiones porque tienen menos dificultades personales e incluso más capacidad física, sobre todo aquellas que se ejecutan fuera del hogar, mientras que la educación y cuidado de los hijos son responsabilidades exclusivas de la mujer, al igual que las labores domésticas y el cuidado de los enfermos y ancianos de la familia. ⁴⁻⁵

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) creó para sus informes anuales sobre desarrollo humano, un indicador llamado Índice de Desarrollo Humano (IDH), para el que se tomó en consideración un indicador que analiza el progreso económico en su doble vertiente: formal y de contenido, y basado en tres indicadores: expectativa de vida, nivel educacional e ingreso per cápita.

Posteriormente creó el Índice de Desarrollo de Géneros (IDG), con las mismas variables y dimensiones que el IDH, para señalar desigualdades en cuanto a los logros de mujeres y de hombres. Mientras mayor es la disparidad de género en el desarrollo humano, menor es el IDG del país en relación con su IDH. Los resultados generales de la relación entre los dos índices han sido: un logro inferior de las mujeres en relación con los hombres en cuanto a desarrollo humano en todos los países, y un serio retraso en la creación de oportunidades auténticas para las mujeres.³

En África las mujeres realizan más del 60% de las labores rurales, pero reciben menos del 10% del crédito total atribuible a los cosechadores; a su vez, son las productoras de la mitad de la producción mundial de alimentos, pero sólo poseen el 1% de las tierras productivas. ³

La mujer en los últimos 25 años ha aumentado su participación en el campo laboral. La Organización Mundial de la Salud indica que la población trabajadora está compuesta de 30 a 60% por mujeres. Su participación es principalmente en la rama de los servicios (sector terciario) y son minoría en los puestos de jerarquía. ⁵

Según Garduño ⁶a todas estas circunstancias se unen que la globalización y el neoliberalismo afectan doblemente a las mujeres: uno por lo que de negativo traen para la economía y el trabajo, y por la condición de género, lo que ha

conllevado a que las causales del trabajo femenino se hayan visto condicionadas por:

- El crecimiento de hogares encabezados por mujeres.
- Elevada migración de las mujeres del campo a las ciudades.
- Reducción de la fecundidad.
- Cambios y modificaciones en la vida cotidiana y familiar.

El ex secretario general de Naciones Unidas, Ban Ki-moon, llamó a la comunidad internacional a lograr para 2030 la plena igualdad de género, a partir del compromiso con esa meta de los actores políticos, sociales y económicos de la sociedad. Según Ban, de cara al objetivo final, en 2020 deben existir progresos significativos en erradicar la discriminación de las féminas en el planeta. “Somos la primera generación que puede erradicar la pobreza y la última en capacidad de evitar las peores consecuencias del cambio climático, pero no tendremos éxito si restringimos el potencial de la mitad de la población, las mujeres”, subrayó.⁵

Desde principios del siglo XX la expectativa de vida se ha prolongado. Algunos autores citan que en la actualidad se viven alrededor de 30 años más que en el citado siglo. La población de Cuba no constituye una excepción, de manera que cada vez es mayor el número de mujeres que transitarán por el climaterio.

En esta etapa de la vida la mujer se enfrenta a pesar de los cambios fisiológicos a factores sociales, como las relaciones de pareja, la actividad laboral, las presiones económicas y el cuidado y atención a la familia. Esta es una etapa en que la mujer ocupa casi siempre el centro de la dinámica familiar; los convivientes están habituados a que ella solucione los problemas de su entorno doméstico y filial, con la readecuación conductual que esta situación podría generar (madre-hija, esposa-abuela y/o enfermera-cuidadora).⁷

En el momento actual el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia, uno de los problemas que enfrenta, el abordaje de este tema es la definición conceptual del fenómeno de cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones. La diversidad de conceptualizaciones trae aparejada confusión e incompreensión. No es poco frecuente observar, incluso entre profesionales de la salud, expresiones de duda o desconocimiento al escuchar el término “adherencia

terapéutica”, lo que conduce inevitablemente al cuestionamiento acerca del sistema de acciones que estén realizando para lograr la conducta de cumplimiento adecuado de las prescripciones en sus pacientes.⁷

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.⁷⁻⁸

Si bien los factores de riesgo tradicionales de enfermedad cardiovascular no son diferentes en ambos sexos, el impacto en los hombres y las mujeres varía sensiblemente. En general, las mujeres tienen mayor prevalencia de todos los factores de riesgo que los hombres, con la excepción del tabaquismo.⁹

La hipertensión arterial sistémica (HAS) quedó evidenciada en el estudio de cohorte iniciado a finales de los años 40 en Framingham, Massachusetts, como una condición que posee alto riesgo en los eventos cardiovasculares. Pese a estas observaciones, en la actualidad la (HAS) continúa constituyéndose en uno de los principales factores de riesgo cardiovascular.¹⁰

A partir de los 50 años, década de edad coincidente con el inicio de la menopausia en una gran mayoría de mujeres, el factor de riesgo vascular, de carácter modificable, que más contribuye al desarrollo y aparición de complicaciones cardiovasculares es la hipertensión arterial (HTA), patología cuya aparición tras la iniciación del período menopáusico en la mujer presenta unos aspectos fisiopatológicos y terapéuticos diferenciadores.¹¹

En Cuba la prevalencia de pacientes hipertensos dispensarizados por el sistema de Atención Primaria en el 2006 fue del 24,3% de la población adulta mayor de 15 años. Ciudad de la Habana con mayor tasa de prevalencia con 202,6 hipertensos por millón de población .¹²

Con relación la diabetes mellitus (DM) es un importante contribuyente para la enfermedad aterosclerótica y en particular para la cardiopatía isquémica. En todos los grupos de edad la incidencia de enfermedad cardiovascular es entre dos o tres veces mayor en varones y mujeres diabéticas respectivamente. Las mujeres tienen mayor riesgo relativo de ECV que los varones con diabetes.¹³

En las mujeres, a semejanza de los hombres la diabetes mellitus duplica el riesgo de infarto de miocardio y triplica el de enfermedad arterial coronaria (EAC) comparada con las mujeres no diabéticas. Las mujeres diabéticas suelen tener múltiples factores de riesgo que son parte del síndrome metabólico.⁹

En la 5ª edición del Atlas de Diabetes, las nuevas cifras estiman que en el año 2011, había 366 millones de personas con DM en el mundo y que esta cifra se incrementará hasta 552 millones en el año 2030. Los cálculos confirman que la diabetes sigue afectando desproporcionadamente a los desfavorecidos sociales y que está aumentando a un ritmo sustancialmente rápido en países de ingresos medios y bajos.

El presente trabajo se desarrolla en la Provincia La Habana, en el Municipio Cerro, en el área perteneciente al Policlínico Universitario Cerro; donde cuenta con una población total de 37754 habitantes; de los cuales 19337 son mujeres lo que representa 51% de la población y de estas 5045 están el rango de edades entre 40 y 59 años.

En esta área las Enfermedades Crónicas más frecuentes son Hipertensión Arterial, y la Diabetes Mellitus, así como factores de riesgos como el tabaquismo, la obesidad y las dislipidemia entre otros.

Para nuestro estudio seleccionamos el Consultorio Médico de la Familia no.12, que se encuentra en el Consejo Popular Las Cañas, el mismo atiende una población total de 1206 personas con un universo de mujeres de 664 (55.1% de la población total) y de estas 132 están comprendidas entre 40 – 59 años o sea en la edad mediana, las cuales se encuestaron para interés de nuestro estudio.

PROBLEMA CIENTÍFICO

Si bien la menopausia representa el cese de la menstruación y el final de la vida reproductiva de la mujer, desde un punto de vista más integral involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, anatómicos, psicosociales, sexuales y biológicos que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud. Cabe destacar que estamos ante una etapa donde (en ocasiones) puede haber debut de alguna ECNT así como el empeoramiento de algunos de sus síntomas.

En Cuba existe, además, un motivo adicional, debido a la hiperbolización de la función económica de la familia que ha traído consigo la situación social de los últimos 15 años. La mujer de edad mediana ha tenido que ocuparse de las funciones afectivas, culturales y educativas, ha conciliado los conflictos intergeneracionales y asumido la responsabilidad del cuidado de ancianos, niños y enfermos en la casa en estas difíciles condiciones; además, en la mayoría de los casos se ha visto forzada a combinar esas funciones con las económicas, laborales y políticas, “dejando para después” la ocupación y preocupación por su estado de salud, fundamentalmente cuando presenta alguna ECNT como Diabetes Mellitus, HTA, CI, entre otras que afectan su salud, así como factores de riesgo como el hábito de fumar, sedentarismo, obesidad que de una forma u otra no cumple con el tratamiento debido pudiendo llevar al deterioro de su salud incidiendo en su calidad de vida .

Uno de los problemas que enfrenta el tratamiento de las Enfermedades Crónicas, lo constituye la adherencia a las indicaciones terapéuticas, en definición conceptual del fenómeno de cumplimiento o incumplimiento de la misma. En la literatura médica y psicológica se reconoce un conjunto de términos para referirse al mismo aspecto, algunos de ellos aportando matices diferentes, pero sin llegar a un concepto que sea aceptado por todos y empleado de forma habitual por los investigadores y profesionales interesados en el tema.

No obstante este panorama, haciendo una revisión de las publicaciones acerca del tema en 27 revistas de salud internacionales desde el año 2000 hasta el primer semestre de 2014, reveló que de un total de 1 207 artículos, 16,2 % abordaba la salud femenina.³

Esta investigación tratará de identificar los factores de riesgos, la sobrecarga de género en la mujer de edad mediana la adherencia al tratamiento de las ECNT más frecuentes y cómo influyen en su salud.

OBJETIVOS

General

Determinar el estado de salud desde la perspectiva de género de la mujer de edad mediana en un Consultorio Médico de Familia del Policlínico Universitario Cerro.

Específicos

- Identificar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles desde la perspectiva de género en mujeres de edad mediana y su relación con la adherencia al tratamiento.
- Describir aspectos biológicos de la mujer durante la edad mediana.
- Identificar la frecuencia de la sobrecarga de género, y su relación con el control de las enfermedades identificadas.

Marco teórico

Situación actual

El climaterio se define como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función ovárica. Suele ubicarse a partir de los 45 años de edad y finaliza hacia los 65 años, edad que marca el comienzo de la senectud. En sentido estricto, el climaterio, al igual que la pubertad (ambos son períodos de transición pero con claro sentido opuesto), son situaciones que no se pueden considerar enfermedad, sino cambios fisiológicos.

13-14

El período climatérico se divide en dos fases fundamentales:

- Perimenopausia: desde los primeros síntomas hasta el cese definitivo de la menstruación.
- Posmenopausia: tiempo posterior a la menopausia hasta los 64 años y que a su vez se subdivide en temprana (hasta los 5 primeros años) y tardía desde 5 años después hasta los 64 años de edad).

La menopausia es un evento que se produce durante el climaterio y se define como la etapa de amenorrea, secundaria al fallo ovárico, por 12 meses ininterrumpidos.

La regresión funcional de los ovarios característica del climaterio, ¹³⁻¹⁴ con el déficit estrogénico consecutivo, unido al envejecimiento al modificarse el aparato genital femenino, pudiera explicar los antes expuestos, ^{15.16} aunque autores como Fora ¹⁷ y otros le confieren mayor importancia patogénica a los factores sociales como las relaciones de pareja (RP), la actividad laboral, las presiones económicas y el cuidado y atención a la familia. Esta es una etapa en que la mujer ocupa casi siempre el centro de la dinámica familiar; los convivientes están

habitados a que ella solucione los problemas de su entorno doméstico y filial, con la readecuación conductual que esta situación podría generar (madre-hija, esposa-abuela y/o enfermera-cuidadora).¹⁸

Maestre y otros autores identifican la actividad laboral como un elemento importante en la calidad de vida femenina durante el climaterio, pues contribuye a realzar la autoestima, en la toma de decisiones y en la realización personal, así como también que aporta independencia económica, todo lo cual tendría un efecto beneficioso sobre la salud y la actividad sexual de la mujer de edad mediana, aunque es posible considerar, además, que el escenario laboral también podría influir tanto en el sentido beneficioso como perjudicial, aspecto que está poco explorado en la literatura revisada. ¹⁸

En 1997 Betancourt y Navarro encuestaron mujeres de edad mediana procedentes de diferentes centros de trabajo de Plaza de la Revolución, y encontraron que la información relativa a la influencia de la menopausia sobre la función sexual constituyó un motivo de solicitud de ayuda médica más frecuente que la presencia de trastornos sexuales.¹⁵

Con relación a los síntomas en la esfera psíquica pueden estar además de las preocupaciones propias de la etapa la inestabilidad emocional, la tensión nerviosa, irritabilidad, ansiedad, estallidos de llanto repentino, falta de energía, dificultad para la concentración y depresión. Cada mujer reacciona de manera distinta donde los síntomas varían de una a otra dependiendo en cierto grado de su historia emocional previa, de los sistemas de apoyo familiares y del sistema endocrino que en este período es demasiado lábil. Por otra parte el condicionamiento de género es un proceso de asignaciones sociales diferentes para cada sexo, determinado por el conjunto de atributos culturales asignados, según el sexo biológico, que conforman una manera particular de vida y de concepción del mundo o, lo que es lo mismo, una subjetividad diferente para hombres y mujeres, la construcción de una identidad excluyente de lo masculino y lo femenino, a partir de la apropiación consciente o inconsciente de un universo de valores, prácticas, lenguaje, símbolos y formas de aprehender el mundo, lo que condiciona la reproducción de la cultura como continuidad, está presente en el proceder cotidiano de la mujer de la edad mediana por todo lo antes expuesto en la doble tarea hogareña y como

trabajadora.

Así también otro fenómeno presente en estas féminas es la sobrecarga por razones de género situación que excede el umbral adaptativo morfofisiológico, psicológico y/o social de una persona determinada, como producto de asignaciones culturales y sociales que se expresan en relaciones de poder inequitativas entre los sexos y exacerbado en las mujeres.¹⁹

Todas estas situaciones y circunstancias de la vida de los seres humanos y especialmente en las mujeres como "sexo débil" (mal denominado) por condición de género, repercute en la salud de las mismas y en la calidad de vida fundamentalmente en las mujeres de mediana edad.

El concepto calidad de vida surgió en los EE. UU., diversas definiciones han sido propuestas. A finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno."¹⁹⁻²⁰⁻²¹

La mujer cubana es un ser humano activo y siempre tiene claro de dónde partir y hacia dónde ir, es sólida en sus criterios, tenaz y audaz para mantener la línea seleccionada aunque no todos lo comprendan. Su dinamismo y agudeza pueden ayudarla de inmensa manera para experimentar una sexualidad sana y agradable. Su profunda y eterna motivación por vivir la hacen cada vez más necesaria entre todos los individuos de esta sociedad contemporánea, porque además, es capaz de concentrarse en todo lo que le resulta esencial en su vida.

El profesional de la salud, puede como ningún otro educador sanitario, ayudar a la mujer que transita por la etapa de la menopausia a descubrir sus propias emociones y a estimular su propia identidad. Deben pues, convertirse en sanadores comunitarios, en promotores de actitudes positivas hacia la salud de la mujer en esta etapa de la vida, para que se comprendan los efectos fisiológicos y transformaciones de estas y garantizarle una adecuada calidad de vida.

Los distintos autores plantean que en esa etapa de la vida las mujeres presentan diversas características fisiológicas y clínicas que dependen, en muchas ocasiones de sus condiciones de vida; por ejemplo, *Krymskaya* plantea que el desgaste del eje hipotálamo-hipófisis es más intenso en las mujeres intelectuales, por tanto, estas percibirán con mayor intensidad los síntomas climatéricos.³

Los síntomas clínicos que acontecen durante el climaterio pudieran ser expresión, fundamentalmente, de cambios de tipo endocrino, cuya génesis es el declinar de la función ovárica con una disminución paulatina de la secreción estrogénica que trae aparejado un desequilibrio endocrino - metabólico y neurovegetativo. Sin embargo, la intensidad con que aparecen los síntomas, según se considera en la actualidad, no responde únicamente a esta privación hormonal; se mencionan factores ambientales, hereditarios, antropométricos, creencias religiosas, diferencias raciales, sociales, económicas y de adaptación, los que desempeñan un importante papel modulador en la presentación de la sintomatología.

La mujer por su sexo va a tener un "condicionamiento de género", histórico y económico, en que concommitan responsabilidades biológicas y sociales que pueden producir una sobrecarga física y mental que favorecen el curso de los procesos psicobiológicos hacia estados no saludables; las mujeres asumen una doble jornada laboral cuando se incorporan al trabajo y en nuestro país, actualmente, a la carga doméstica normal se agrega la adecuación de patrones de convivencia entre varias generaciones en un mismo hogar o vivienda.⁴

Las enfermedades crónicas obligan a los pacientes a aprender a vivir a largo plazo con distintas limitaciones y grados de dependencia, así como a introducir nuevas rutinas diarias de autocuidado e higiene personal que provocan estrés y alteran las relaciones sociales, las actividades de tiempo libre y las relaciones familiares.²²

En la edad mediana, la población femenina mayor de 40 años, 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. Por otra parte, la

doble jornada es más agresiva, hay recarga de las actividades domésticas, se incrementan las responsabilidades familiares y sociales y una inadecuada dinámica familiar recrudece la gravedad de los síntomas climatéricos. Todos estos factores, unidos a los cambios fisiológicos propios de la edad, generan una sobrecarga física y mental que favorece la aparición de procesos deteriorantes de la salud femenina y hace más críticos los síntomas en este período, todo lo cual puede agravarse si existe un fondo psicogénico alterado previamente y/o elementos desfavorables socioeconómicos y del entorno social. Así como factores de riesgos y enfermedades crónicas no transmisibles no “tratadas ni controladas adecuadamente”.²¹

La OMS definió en el 2004 la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.²¹⁻²³

Una de las recomendaciones de la OMS es que los estudios deben centrarse en áreas importantes como los indicadores de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ya que debido a la falta de indagación en este aspecto, el fenómeno de adherencia pasa desapercibido dentro de las políticas y los programas de salud; de manera que es pertinente describir si los niveles de adherencia al tratamiento tienen o no una influencia o asociación significativa con la CVRS.^{24-25, 26,27.} La CVRS es un subconjunto de la calidad de vida, y hace referencia al impacto de la enfermedad y el tratamiento, en la percepción de bienestar de la persona, y, desde ese punto de vista, la satisfacción con el tratamiento es una característica básica de la adherencia, lo que evidencia una posible relación teórica, ya que ambos conceptos son multidimensionales y están relacionados con la persona. El cumplimiento farmacológico y la adherencia constituyen uno de los pilares básicos para que los tratamientos actualmente disponibles sean efectivos.²⁶

TENDENCIA FUNDAMENTAL

Desde el punto de vista teórico, es posible plantear que por los cambios biológicos que experimenta la mujer durante el climaterio, ella necesite más atención médica, bien para aliviar sus síntomas o para detectar o tratar precozmente las afecciones crónicas cuya frecuencia aumenta en la posmenopausia, aunque para que eso ocurra es preciso tener fácil acceso a los recursos de salud, y sentir la necesidad de atención médica integral y especializada para lograr el llamado “envejecimiento femenino saludable”.

No obstante se trata con buena voluntad de especialistas y expertos en las diferentes áreas de la atención médica atender integralmente a este grupo de féminas con algunas afecciones ya sean factores de riesgos y /o ECNT para controlar, tratamiento y autocuidado con el fin de lograrles una adecuada calidad de vida para enfrentar la senectud.

Las ECNT constituyen factor a vigilar en cuanto a su control factores de riesgos y cumplimiento del tratamiento en este grupo de edades, por ejemplo la enfermedad cardiovascular constituye la primera causa de morbilidad y mortalidad en mujeres mayores de 50 años, edad que coincide con la menopausia natural y que le confiere a este fenómeno fisiológico una connotación como problema de salud y una trascendencia socio económica. Los niveles de tensión arterial, luego de la menopausia, tienden a aumentar en la mujer con respecto a los hombres de igual edad. La prevalencia de hipertensión es similar entre hombres y mujeres posmenopausia. Estos elementos epidemiológicos unidos a los estudios básicos le confieren a los estrógenos un papel relevante en el control de la tensión arterial de la mujer. Desde hace más de 40 años las muertes por enfermedad cardiovascular disminuyen gradualmente en los hombres, no así en las mujeres, la monitorización ambulatoria de la presión arterial demostró un patrón *no dipper* más común en mujeres con futuras complicaciones cardíacas y también tendencia a menor control de la tensión arterial, sin embargo, de manera habitual no se hacen diferencias en las medidas terapéuticas para el control de la hipertensión entre hombres y mujeres. ²⁸⁻²⁹

Es indudable que la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la mujer se incrementan en la etapa de perimenopausia igualando las cifras

para el sexo masculino; las cuales son muy superiores en el hombre hasta que la mujer arriba a esta etapa de la vida. ¹⁰⁻²⁸

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en hombres y mujeres en los países desarrollados y subdesarrollados; en estas enfermedades se incluyen las afecciones coronarias, el accidente vascular encefálico (AVE) y el tromboembolismo venoso. Las mujeres se atrasan unos 10 a 15 años en relación con el hombre en padecer estas enfermedades; son la de mayor frecuencia las anginas de pecho pero todas éstas se atribuyen a la edad y al estilo de vida sobre todo la falta de dieta adecuada y ejercicios sistemáticos.²⁷

Las mujeres posmenopáusicas tienen mayor riesgo de padecer estas enfermedades porque existe un deterioro de la protección de los estrógenos sobre los factores de riesgo de aterosclerosis como es el aumento del colesterol (LDL), el fibrinógeno y los triglicéridos pues al aumentar la expectativa de vida estará un tercio de su vida sin esta protección.²⁷

Se plantea que en los EE. UU., aproximadamente, 2,5 millones de mujeres son hospitalizadas cada año por enfermedades cardiovasculares y que unas 500,000 mujeres mueren; la mitad de estas muertes son debido a un episodio hemorrágico. ²⁸⁻²⁹

ANTECEDENTES TEÓRICOS

Desde principios de la década de los años 70, el Ministerio de Salud Pública de Cuba, identifica y prioriza al grupo poblacional de la mujer y el niño con el más alto grado de atención. El programa materno infantil y sus resultados de todos conocidos, son un ejemplo de las posibilidades que brinda aunar todos los esfuerzos en la consecución de un objetivo estratégico tan importante como éste. Hoy, evidentemente, este programa está consolidado, y su efectividad ha determinado los cambios favorables ocurridos en el estado de salud de la población. ³⁰

El climaterio y la menopausia se consideran dentro de los procesos psicofisiológicos, de causa endocrina, mediados por el estrés y con manifestaciones severas de éste, tales como irritabilidad, alteraciones del sueño, frecuencia cardíaca acelerada, dolores de cabeza, necesidad de tranquilizadores

o hipnóticos, signos de ansiedad (sudor, temor, agitación) y depresión (olvido, tristeza, astenia, etcétera), entre otros.

Por las diversas funciones que cumple la mujer en la mediana edad y con factores de riesgos y / o ECNT que puede presentar constituye un papel fundamental en la adherencia al tratamiento de base indicado por un facultativo. Esto hace que tengan diversos "motivos" para el no cumplimiento de la terapéutica indicada, por tal motivo a medida que se incrementa la edad existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas, tendencia parecida a la nuestra encontrada en este estudio.

Todo esto requiere de un diagnóstico médico social que permita profundizar en el entorno donde se desenvuelve la mujer climatérica que en el día a día se enmascaran como procesos cotidianos, los cuales son ignorados representando riesgos de enfermedad y muerte. Una gran parte llegan a constituir el centro de la dinámica familiar con sus múltiples funciones lo que hace que vaya relegando sus deseos y necesidades de todo tipo. Luego todo esto subyace dentro de las manifestaciones que puedan presentar la no atención a sus afecciones de base. Esto hace que la sobrecarga de género incrementa al menos en dos veces la percepción de síntomas climatéricos lo que repercute directamente en la calidad de vida con que viven las mujeres de edad mediana.³¹

Otro aspecto no menos importante y que no se puede obviar es que muchas de las manifestaciones del síndrome climatérico son consideradas como expresiones graves del estrés.³²

Diseño Metodológico

Clasificación de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Consultorio Médico N° 12 perteneciente al Policlínico Universitario Docente Cerro, en el período comprendido de enero del 2018 a enero del 2019.

Definición del universo y muestra

El universo estuvo integrado por el total de mujeres comprendidas entre las edades de 40 a 59 años que cumplieron los criterios de inclusión y están dispensarizadas en el Consultorio Médico N°12.

El total de mujeres fue 132 (19.8%) del grupo de edades 40 a 59 años de edad.

Para esto se tuvo en cuenta los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Mujeres con residencia permanente en el área del Consultorio Médico N° 12.
- Que no presente incapacidad mental o física para responder el cuestionario.

Criterios de exclusión:

- Que sean residentes en el área de salud, pero en el momento de la encuesta no se encuentren en la casa.

Método de Investigación

El método utilizado fue empírico mediante la aplicación de una encuesta con previo consentimiento informado de la encuestada, dándole la posibilidad de aceptar o no participar en la investigación, sin que le cause daño alguno. (Anexo 1

CONTROL SEMÁNTICO

Género: Atribuido a la condición de lo masculino y femenino desde el punto de vista social.

Climaterio período comprendido desde el estado reproductivo al no reproductivo.

Edad Mediana: Toda mujer comprendida entre 40 a 59 años de edad.

Bebedor social: Aquella persona que ingiere bebidas alcohólicas esporádicamente, días festivos y / o conmemoraciones.

Síndrome Climatérico: Síntomas y signos que ocurre en la mujer durante la etapa climatérica.

Premenopausia: El tiempo que precede los cambios notables que resultan de la alteración de la función ovárica

Peri menopausia: De la primera indicación de irregularidad menstrual al fin de la menstruación.

Menopausia: Es el cese definitivo de la menstruación de forma continua por 12 meses es un evento normal en la vida de la mujer y se produce como expresión de la pérdida de la capacidad del ovario con disminución en la producción de estrógenos y progesterona. Esta ocurre normalmente entre los 45 y 52 años, siendo en nuestro país hasta ahora la edad de 48 años el valor medio. La misma se divide en:

- Menopausia precoz: Es aquella que se produce de forma natural antes de los 40 años
- 2. Menopausia temprana: Es aquella que ocurre entre los 40 y 45 años de edad.
- 3. Menopausia artificial: Es cuando las mujeres presenta ausencia de menstruación por un daño gonadal irreversible inducido por radio

quimioterapia o exeresis quirúrgica de los ovarios; a veces se la denomina menopausia quirúrgica.

Pos menopausia: Etapa que se extiende desde la menopausia hasta la tercera edad (59 años) y que se subdivide en una etapa temprana que se refiere a los primeros 5 años y una etapa tardía después de los 5 años.

Dispareunia: Dolor durante las relaciones sexuales o coito doloroso.

Polaquiuria: Frecuencia miccional o aumento del número de micciones.

Disuria: Difícil, dolorosa e incompleta de expulsión de la orina.

Tenesmo vesical: Deseo imperioso de orinar que obliga hacerlo constantemente.

Libido: Deseo sexual o apetito sexual.

Anorgasmia: Ausencia de orgasmo, inhibición recurrente y persistente del orgasmo.

Vaginitis: Inflamación de la mucosa de la vagina, puede acompañarse de secreción vaginal.

Condicionamiento de género: Define lo masculino y lo femenino a partir de los sexos biológicos, hasta establecer las posiciones de poder entre los mismos.

Adherencia al tratamiento comportamiento de una persona ante las indicaciones o recomendaciones orientadas por el facultativo en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida.

OPERACIONABILIDAD DE LAS VARIABLES

Variables sociodemográficas

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Edad	Cuantitativa Continua	Grupos etáreos 40 - 44 años 45 - 49 años 50 - 54 años 55 - 59 años	Se considerará la edad en años cumplidos de cada mujer de manera tal que permita incluirla en uno u otro intervalo de clase de la escala de clasificación	Por ciento de mujeres según grupos de edad.
Color de la Piel	Cualitativa nominal Politómica	Blanca Mestiza Negra	Se describirá el color de la piel de cada mujer, que será el indicativo de este parámetro.	Por ciento según color de la piel.
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Universitario	Se considerará la escolaridad según el último nivel escolar concluido	Por ciento de mujeres según escolaridad
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Casada, unión estable o acompañada Soltera Divorciada o separada Viuda	Se indagará el estado civil actual con pareja dentro del hogar	Por ciento de mujeres según estado civil.
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Trabaja fuera del hogar	Mujer que desarrolla cualquier actividad laboral estatal o por cuenta propia y es remunerada.	Por ciento de mujeres según ocupación
		Jubilada	Mujer que después de tener un vínculo laboral lo dejó de desempeñar	
		Ama de casa	Mujer que se dedica solo a las	

			labores domésticas y otras relacionadas con el cuidado del hogar y la familia	
--	--	--	---	--

Hábitos tóxicos

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Tabaquismo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Se precisara si la mujer fuma o no	Por ciento de mujeres fumadoras
Consumo de Alcohol	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Se indagará si la paciente consume Alcohol.	Por ciento de mujeres según consumo de Alcohol
Consumo de Café	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Se indagará si la mujer consume café	Por ciento de mujeres según consumo de café

Historia de Salud

Factores de riesgo

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Obesidad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Presencia de antecedentes de HTA	Por ciento de mujeres con obesidad
Dislipidemia	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Antecedentes de Diabetes Mellitus	Por ciento de mujeres según

				antecedente de dislipidemia.
--	--	--	--	------------------------------

Enfermedades Crónicas No Transmisibles más frecuentes

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Hipertensión Arterial	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Presencia de antecedentes de HTA	Por ciento de mujeres con Hipertensión Arterial
Diabetes Mellitus	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Antecedentes de Diabetes Mellitus	Por ciento de mujeres con Diabetes Mellitus

Síndrome climatérico

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Edad de inicio de los síntomas	Cuantitativa Continua	Grupos etáreos 40 - 44 años 45 - 49 años 50 - 54 años 55 - 59 años	Se considerará la edad en años cumplidos de cada mujer de manera tal que permita incluirla en uno u otro intervalo de clase de la escala de clasificación	Por ciento de mujeres según grupos de edad.
Etapa del Síndrome Climatérico	Cualitativa Ordinal	Perimenopausia Posmenopausia - Temprana - Tardía	Se precisará la etapa del climaterio en que las mujeres se encuentran. Clasificándose como:	Por ciento de mujeres según

			<ul style="list-style-type: none"> - <u>Perim</u>: Las que todavía menstrúan. - <u>P. temp</u>: Menos de 5 años sin menstruar. - <u>P. tard</u>: Desde los 5 años de la post menopausia, hasta los 64años. 	etapa del climaterio
Edad de la menopausia	Cuantitativa Continua	Grupos etáreos 40 - 44 años 45 - 49 años 50 - 54 años 55 - 59 años	Se considerará la edad en años cumplidos de cada mujer de manera tal que permita incluirla en uno u otro intervalo de clase de la escala de clasificación	Por ciento de mujeres según grupos de edad.

Tipo de menopausia

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Tipo de menopausia	Cualitativa nominal Dicotómica	Natural	Se considera a la mujer con menopausia natural.	Por ciento de mujeres con menopausia natural
		Quirúrgica	Se considera a la mujer histerectomizada	Por ciento de mujeres histerectomizadas

Condicionamiento de género (Índice de Condicionamiento de Género)

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Condicionamiento de género	Cualitativa nominal Dicotómica	no recarga de género	Si obtiene menos de 5 puntos en el ICG	Por ciento de mujeres según recarga de género
		recarga de género	Si obtiene más de 5 puntos en el ICG	

Adherencia al tratamiento

Factores	Tipo de variable	Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	Indicador
Socioeconómico	Cualitativa nominal Dicotómica	Si No	Obtiene ayuda económica de otra persona	Por ciento de mujeres según adherencia al tratamiento
Atención médica	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Presencia del personal médico en Consultorio	
Condicionamiento de género	Cualitativa Nominal Dicotómica	no recarga de género	Si obtiene menos de 5 puntos en el ICG	
		recarga de género	Si obtiene más de 5 puntos en el ICG	
Enfermedad	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Presencia de antecedentes de ECNT	
Tratamiento	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Cumplimiento de tratamiento médico	

Abastecimiento de medicamentos en farmacias	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Existencia de medicamentos	
---	--------------------------------	-------	----------------------------	--

Índice de satisfacción personal (ISP RELEBA)

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala de clasificación	Definición operacional de la escala	
Satisfacción personal	Cuantitativa después de la categorización se convierte en una variable cualitativa ordinal	presente	Se considerará presente cuando la puntuación sea inferior a los 45 puntos en el ISP RELEBA	Por ciento de mujeres según la presencia de satisfacción personal
		ausente	Se considerará ausente cuando la puntuación sea entre 46 y 90 puntos en el ISP RELEBA	
Autoestima		Alta	Si obtiene más de 15 puntos en el ISP RELEBA	
		baja	Si obtiene entre 1 – 15 puntos en el ISP RELEBA	
		favorable	Si obtiene más de 12 puntos en el ISP RELEBA	

Percepción de salud		desfavorable	Si obtiene de 1 a 12 puntos en el ISP RELEBA
Proyecto de vida		presente	Si obtiene más de 14 puntos en el ISP RELEBA
		ausente	Si obtiene de 1 a 14 puntos en el ISP RELEBA
Relación de pareja		favorable	Si obtiene más de 13 puntos en el ISP RELEBA
		desfavorable	Si obtiene de 1 a 13 puntos en el ISP RELEBA

PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó mediante la aplicación de un cuestionario diseñado al efecto, solicitándosele su consentimiento para integrar el grupo estudio. La aprobación se recogió mediante un modelo de consentimiento previo a través de la firma de la persona. (Anexo 1)

La encuesta fue aplicada en la vivienda de cada una; en la cual se recogen los datos generales y de historia personal de enfermedades crónicas, así como datos referentes a factores de riesgo como hábito de fumar y consumo de alcohol. Además se tuvo en cuenta la ocurrencia de eventos relacionados con la salud a lo largo de la vida fértil de la mujer como también su grado de afectividad. (Anexo 2).

Se creó una base de datos en Microsoft Excel a partir de la aplicación de una encuesta diseñada al efecto organizada por secciones con incisos de fácil manejo para la recolección de datos donde se recogen información sobre aspectos personales, historia personal de enfermedades crónicas, así como datos referentes a factores de riesgo. Además se tuvo en cuenta la ocurrencia

de eventos relacionados con la salud reproductiva, etapa climatérica y grado de afectividad.

El procesamiento estadístico de la información recogida fue mediante el paquete estadístico SPSS.

En todos los casos, se trabajó en una Laptop ASUS X453SA, edición Windows 10, versión 1511, RAM 4,00 GB y sistema operativo de 64 bits, con procesador x64.

Los datos fueron agrupados según las categorías descritas en las variables planteadas para lograr cada objetivo y representados en tablas mediante estadígrafo de agregación (porcentaje).

El total de mujeres encuestadas en este trabajo quedó constituido por 132 féminas a las cuales se le aplicó una entrevista médico – social en forma de dialogo, en la **Sección I** se recogen los datos sobre sus características generales: edad actual, escolaridad, estado civil, ocupación y labor que desempeña.

Sección II Hábitos tóxicos aquí se recogen datos sobre el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, café y de drogas legales.

Sección III Historia de Salud, sus antecedentes patológicos personales, así como el cumplimiento o no del tratamiento indicado por el médico, historia obstétrica y ginecológica, así como la evaluación del síndrome climatérico (aquí se le iba explicando el concepto de cada síntoma cuando no lo entendía). Se recoge los **Síntomas neurovegetativos** (Cefaleas, insomnio, oleadas de calor, sudoraciones, nerviosismo, palpitaciones, vértigo, irritabilidad y nauseas); **Síntomas psiquiátricos**(depresión, miedo, ideas paranoides); **Síntomas genitourinarios** (Dispareunia, sequedad vaginal, prurito genital, disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria, tenesmo vesical); **Síntomas sexuales** (disminución de la libido, anorgasmia, vaginitis).

Sección IV Composición familiar se recogen la cantidad de personas que conviven con la mujer encuestada.

Sección V Dinámica familiar aquí se recogen aspectos sobre su posible sobrecarga física y mental.

Para su evaluación se utilizó el **Índice de condicionamiento de género (ICG)**. Para medirlo a cada ítem se le asigna un valor según la complejidad o sobrecarga en el desempeño de estas:

$$X = IT + TD + CF + AE.$$

X – Se mueve entre 0 y 10. (Mientras más se acerque a 10 indica mayor **carga genérica**)

Incorporada al trabajo. IT _ Se mueve entre 0 y 1

Tareas domésticas. TD _ Se mueve entre 0 y 2

Composición del núcleo familiar. CF _ Se mueve entre 0 y 4

La atención a enfermos AE _ Se mueve entre 0 y 3

Sección VI Recoge algunos aspectos sobre Satisfacción personal.

Para el estudio de satisfacción personal de mujeres en edad mediana se empleó el instrumento ISP RELEBA, construido y validado en la facultad de Salud Pública en 1995. Dicho instrumento posee una alta consistencia interna (coeficiente de Crombach (0,94), una adecuada validez de criterio ($r=0,62$ con $P < 0,05$), de contenido y de construcción ($p = 0,00000$).

Cuenta para nuestro estudio con 20 ítems que evalúa las siguientes variables psicosociales predictores del bienestar.

1. autoestima
2. percepción de salud
3. proyecto de vida
4. condicionamiento de género
5. relaciones de pareja

Para facilitar el cumplimiento de este estudio el resultado de la variable satisfacción personal se discretizó y se trabajó con dos clasificaciones **satisfacción personal ausente** y satisfacción personal **presente**.

En el caso de que no se tenga pareja (10 mujeres) los ítems 4, 9 y 19 no se evaluaron y se clasificó igual satisfacción personal ausente y presente.

Aspectos éticos

Los aspectos éticos se rigieron por los principios establecidos en los códigos de Helsinki (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), y las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

La Declaración de Helsinki, adoptada por la 18va Asamblea Médica Mundial en 1964, enmendada por las asambleas de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989, plantea numerosos principios básicos que deben cumplirse para poder realizar investigaciones en pacientes y que se tuvieron en cuenta en el presente trabajo.

Se solicitó aprobación de la dirección del Policlínico Universitario Cerro y del Equipo Básico de Salud del Consultorio Médico de Familia N° 12, donde se realizó la investigación, con la explicación de los objetivos de la misma y los beneficios esperados tanto para la población femenina de 40 a 59 años como para la toma de decisión en la atención sanitaria a este grupo.

En esta investigación se tuvo en cuenta el principio ético de confidencialidad mediante el uso anónimo de los datos para los fines científicos. Se obtuvo el consentimiento de las mujeres, se les explicó previamente a cada una los objetivos de la investigación, garantizándoles que el cuestionario el cual incluye datos sociodemográficos y personales, serán confidenciales y anónimos y solo serán mostrados los resultados en eventos de carácter científico.

En función del principio de autonomía se empleó consentimiento informado (Anexo 1) en el reclutamiento y en la realización de cada uno de las preguntas, se le explicó que su participación tendría un carácter voluntario.

La recolección de los datos se realizó de forma individual, a cada mujer en su vivienda, asegurándole que la información brindada es de carácter confidencial. Además se le explicó su derecho a rechazar y no responder preguntas que considerara inapropiadas e indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo de trabajo que la atiende, por lo que tendría derecho a continuar recibiendo la atención establecida, aún si se negara a participar en el estudio.

Se trabajó directamente con las pacientes sin existir riesgos físicos así como que en todo momento se veló por los principios de beneficencia/no maleficencia, y que no se ocasionaran daños innecesarios a las participantes. Todo esto conllevaría a mejorar la calidad de la asistencia médica que se brinde, acorde con los principios de excelencia establecidos para la misma por las directivas del MINSAP.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Se considera mujer en edad mediana al grupo de personas del sexo femenino comprendido en las edades entre 40 y 59 años. Para nuestro estudio seleccionamos todas las mujeres de edad mediana del Consultorio Médico de Familia N° 12 perteneciente al Policlínico Universitario Cerro.

TABLA N° 1

Grupo etáreo de las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Grupo etáreo	N°	%
40 – 44 años	31	23.4
45 – 49 años	34	26.0
50 -54 años	29	21.9
55 – 59 años	38	28.7
TOTAL	132	100

Fuente: Encuesta

En este análisis descriptivo de los datos se observa que el mayor número de féminas, se encontraban en el grupo de 55 – 59 años, (28.7%) y 26% en el grupo de 45 – 49 años de edad.

La edad promedio de estas féminas es de 49.4 años, con lo que coincide con otros estudios. ³³

TABLA N° 2

Color de la piel de las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Color de la piel	Nº	%
Blancas	25	18.9
Mestizas	71	53.9
Negras	36	27.2
TOTAL	132	100

Fuente: Encuesta

En cuanto al color de la piel existe un predominio de las mujeres mestizas con el 53.9% (71) seguidas por las negras con 36 (27.2%) y las blancas con 25 féminas (18.9%) que es la raza que predomina actualmente en nuestra población cubana.

En bibliografía consultada en Cuba los estudios tienen resultados similares a esta investigación. ³⁴⁻³⁵

TABLA N° 3

Nivel de escolaridad de las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Escolaridad	Nº	%
Primaria terminada	0	0
Secundaria terminada	35	26.6
Preuniversitario terminado	47	35.6
Universitaria	50	37.8
TOTAL	132	100

Fuente: Encuesta

Con relación al nivel de escolaridad observamos que las universitarias (50) con 37.8% ocuparon un mayor número, seguidas de las Bachiller o Preuniversitarias (47) con 35.6%, dejando en último lugar las féminas con nivel educacional de secundaria básica con 26.6% Son similares resultados encontrado en estudios realizados como Machado Labañino.³⁵

TABLA Nº 4

Estado civil de las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Estado civil	Nº	%
Soltera	7	5.3
Casada, unión estable o acompañada	115	87.1
Divorciada	7	5.3
Viuda	3	2.3
TOTAL	132	100

Fuente: Encuesta

En cuanto al estado civil pudimos apreciar que el 87.1%, (115 encuestadas), mantuvieron una relación estable, estaban casadas o acompañadas, por otro lado el 5.3% (7 mujeres) en ambos casos respectivamente las solteras y divorciadas

obtuvieron los mismos resultados quedando 2,3% (3 mujeres) solamente para las viudas.

Estos resultados coinciden con otros autores donde predomina la mujer acompañada.

TABLA N° 5

Ocupación de las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Ocupación	N°	%
Trabajadora fuera del hogar	97	73.5
Trabajo hogareño	35	26.5
TOTAL	132	100

Fuente: Encuesta

En cuanto a la ocupación observamos que el 73.5% de ellas se encuentran vinculadas laboralmente, y el 26.5 % no se encuentra vinculada al trabajo.

TABLA N° 6

Labor que desempeñan las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Labor	N°	%
Amas de casa	35	26.5
Obreras	25	18.9
Dirigentes	17	12.8
Trabajadoras Cuenta Propia	18	14.0
Técnicas	7	5.3
Profesionales	30	22.5
TOTAL	132	100

Fuente: Encuesta

Dentro de la labor que desempeñan el 26.5% (35) son ama de casa, seguida de las obreras 25 para 18.9%; trabajadoras por cuenta propia, como una nueva forma de gestión laboral dentro del nuevo modelo económico y social de nuestro país arrojó 14.0% luego las dirigentes 12,8% (17), técnicas 5.3% y el resto 30 (22.5.0%) desarrollan actividades como profesoras, medicas, enfermeras, ingenieras, especialistas de nivel superior en las diferentes esferas del sector estatal

TABLA N° 7

Sobrecarga de género según labor que desempeñan las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Ocupación	Más 5	%	Menos de 5	%	TOTAL
Ama casa	23	23.7	12	34,2	35
Obreras	17	17.5	8	22,8	25
TCP	12	12.3	6	17,4	18
Dirigentes	14	14.4	3	8,5	17
Técnicas	4	4.12	3	8,5	7
Profesionales	22	22.6	8	22,8	30
TOTAL	97	73.5	35	26.5	132

Fuente: Encuesta de acuerdo el estudio de la Dra. Julia Pérez sobre ISP

En esta tabla con relación a la labor que desempeñan las amas de casa, las profesionales y las obreras son las reportadas por las encuestas de sobrecarga de género pero no concuerda con lo establecido de que las mujeres trabajadoras tienen una doble carga laboral que puede plantear que si se tiene en cuenta el envejecimiento de la población actual y la no creación de lugares adecuados para el cuidado del adulto mayor esto lleva a la sobrecarga de la mujer ama de

casa; aunque esta tabla esta disgregada por labor que desempeñan las mujeres; en la tabla siguiente se observa que agrupadas por ser mayor el número de encuestadas trabajadoras si existe la doble carga laboral.

TABLA N° 8

Sobrecarga de género según ocupación de las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Ocupación	Con sobrecarga	%	Sin sobrecarga	%	Total
Trabaja fuera del hogar	74	56.1	23	17.4	97
Trabajo hogareño	23	17.4	12	9.1	35
Total	97	73.5	35	26.5	132

Fuente: Encuesta

Con relación a la sobrecarga de género y las mujeres que trabajan fuera del hogar representan un mayor por ciento de carga física con relación a las que trabajan en el hogar, pues se cumple con la doble jornada laboral.

Las encuestadas en un policlínico que radica en uno de los barrios más humilde de la población se encuentra un por ciento mayor de trabajadoras encuestadas por encima de la media del país en población femenina trabajadora

Hay que destacar que, independientemente, que la mujer ama de casa esté prácticamente todo el tiempo dedicada a las labores hogareñas (sea remunerada o no) no tiene el beneficio de la mujer trabajadora fuera del hogar en cuanto al descanso; dígase vacaciones, licencia, certificado médico, etc, su labor es el día a día y muchas veces sin descanso en cuanto al cuidado y atención a niños, ancianos o enfermos.

TABLA N° 9

Enfermedades crónicas no transmisibles	N°	%	Cumple el tratamiento		% de NO Adhesión al tratamiento	Controles al año
			Si	NO		
Total de mujeres	132	100			-----	-----
Hipertensión arterial crónica	45	38.1	13	32	71	1
Diabetes Mellitus	17	14.4	17	0	0	2
Obesas	36	30.5	0	36	100	< 1
HTA y Obesas	20	16.9	2	18	90	1
Total de mujeres con ECNT	118	89.3	32	86	72.8	-----

Enfermedades Crónicas No Transmisibles en mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Fuente: Encuesta

En este estudio para mejor interpretación de la frecuencia de las ECNT las clasificamos independientes, por lo que se encuentran 118 mujeres (89.3%) que presentaban alguna afección, de ellas 45 eran hipertensas sólo (38.1% del total) y si agregamos las mujeres hipertensas con obesidad (20) el por ciento de hipertensión es de 49.2% que es una cifra considerable para su tratamiento y control.

Las mujeres obesas que no se pueden clasificar como sanas es el 30.5% superior al grupo de diabéticas solas o diabéticas con hipertensión lo cual sugiere que este grupo está, totalmente, desprovisto de una dispensarización y solo se considera la obesidad como un factor de riesgo con el cual es un grupo vulnerable que no se trabaja en el área de salud lo suficiente.

Diversas causas plantean para no cumplimiento del tratamiento lo que condiciona la no adherencia al mismo.

TABLA N°10

Factores que interviene en la no adhesión al tratamiento de las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12 con ECNT. Policlínico Universitario Cerro

Factores	N°	%
Condicionamiento de género	61	74.3
Relacionado con la demanda a la atención médica	42	51.2
Relacionado con el sistema de abastecimiento en farmacias.	29	35.3
Problemas económicos	36	43.9
Relacionado con la enfermedad	82	100
Relacionado con el tratamiento	37	60.7

Fuente: Encuesta

n° 118

Se observa que de las féminas con ECNT con adhesión al tratamiento plantearon diversos factores para el no cumplimiento del mismo haciendo alusión con mayor significancia el condicionamiento de género (74.3%), seguido de la relación de la exigencias particulares de la o las enfermedades que padece. Destacan la gravedad de los síntomas, el grado o severidad de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), el progreso de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Las enfermedades que transcurren sin seguido de la atención en el sistema de salud en cuanto a la asistencia del médico (51.2%) y la dificultad de adquirir el medicamento en la red de farmacias lo que en muchas ocasiones hay déficit (35.3%) y problemas económicos fundamentalmente en las amas de casa que dependen de la ayuda económica de familiares, etc.

TABLA N° 11

Adherencia al tratamiento y condicionamiento de género de las mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12 con ECNT. Policlínico Universitario Cerro

Resumen del estudio	Con sobrecarga	Cumple tratamiento		Sin sobre carga	Cumple tratamiento	
		NO	SI		NO	SI
118	97	76	36	21	10	11
Mujeres con ECNT	82.2%	78.3%	37.1%	17.7%	47.6%	52.3%

Fuente: Encuesta

Las mujeres entrevistadas durante este estudio 97 presentan sobrecarga de género significativa 82.2% y de ellas 76 (78.3%) no cumplen con tratamiento médico, siendo la hipertensión arterial crónica sola la más frecuente.

A diferencias de las que no tienen sobrecarga de género y si cumplen con el tratamiento médico el 52.3%

TABLA N° 12

Edad media de las mujeres según Etapas del Climatérico del CMF # 12. Policlínico Universitario Cerro

Etapa	N°	%	Edad promedio
Perimenopausia	67	50.8	47.1
Posmenopausia natural	48	36.3	50.2
Posmenopausia artificial	17	12.9	46.5
TOTAL	132	100	49.4

Fuente: Encuesta

En nuestra investigación del total de féminas estudiadas las que se encontraban en la etapa peri menopáusica tuvieron una mayor incidencia (50.8%) siendo la edad promedio de 47.1 años.

Tabla N° 13

Distribución según síntomas de la etapa climatérica de mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12 Policlínico Universitario Cerro

Síntomas	N°	%
NEUROVEGETATIVOS		
Insomnio	123	93.1
Cefalea	112	84.8
Nerviosismo	111	84.0
Vértigo	90	68.1
Irritabilidad	89	67.4
Palpitaciones	81	61.3
Calores u oleadas	62	46.9
Sudores	76	57.5
Nauseas	34	25.4
Psico-Psiquiátricos		
Depresión	68	51.5
Ideas paranoides	49	37.1
Fobias o miedos	12	9.0
GENITOURINARIOS		
Prurito genital	33	25.0
Dispareunia	24	18.1
Sequedad vaginal	21	15.9
Polaquiuria	21	15.9
Disuria	12	9.0

Tenesmo vesical	4	3.2
Incontinencia urinaria	2	1.5
SEXUALES		
Disminución libido	78	59.0
Anorgasmia	3	2.2
Vaginitis	1	0.7

Fuente: Encuesta

En este estudio existe un alto por ciento de mujeres con sintomatología climática. Los síntomas que predominaron fueron los neurovegetativos (insomnio y cefalea) seguidos de los sexuales, los psiquiátricos en primer lugar la depresión (51.5%) y por último los genitourinarios, destacándose el prurito genital (25.0%), como referencia a que estaban en esos momentos la glucemia alterada en sangre u orina.

Hay que destacar que en esta etapa de la vida se producen cambios desfavorables a la protección que ejercen las hormonas sexuales femeninas en el organismo e incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad, cuando la mujer es aun laboralmente y socialmente activa. El climaterio constituye una etapa en la vida de la mujer que demanda una preocupación especial en su salud, ya sea para mantener o mejorar su calidad de vida y no ser una simple espectadora de la vida, razón por la que en los últimos años ha aumentado el interés en el estudio del síndrome climaterio y en la detección oportuna de padecimientos que pueden deteriorar la calidad de vida.³⁶

El síndrome climaterio es un conjunto de signos y síntomas que anteceden y siguen a la menopausia, como consecuencia de la disminución o cese de la función ovárica. El tiempo promedio entre el inicio de las alteraciones menstruales del climaterio y la menopausia es de cuatro años.³⁷ El síndrome climaterio incluye la manifestación de diversos síntomas vasomotores o

circulatorios, psicológicos y sociales, genitourinarios, del sueño, entre otros. Estos síntomas se expresan de manera diferente en cada persona, pues intervienen elementos mediadores como: el propio individuo, la familia y la comunidad en que se desenvuelve; por lo tanto, la mujer de edad mediana debe atenderse no solo desde el punto de vista biológico, sino en armonía con su entorno cultural y social.³⁷

TABLA N° 14

Índice de Satisfacción Personal en mujeres de 40 a 59 años del CMF # 12 Policlínico Universitario Cerro

Variable	Presente		Ausente	
	N°	%	N°	%
Satisfacción personal	54	40.9	78	59.0
Autoestima	74	56.0	58	43.9
Percepción de salud	56	42.4	76	57.5
Proyecto de vida	77	58.3	55	41.6
Relación de pareja	115	87.1	0	0

Fuente: Encuesta

La satisfacción personal en mujeres de edad mediana puede adquirir una expresión particular en el punto medio de la vida, en ese momento se replantea el sentido de la vida, se revisan valores propios y los de las personas significativas, frecuentemente los sujetos se cuestionan que han logrado en las diferentes esferas de realización personal y valoran sus aciertos y errores en función de su nivel de aspiraciones. Este es un proceso de revalorización de la propia vida, que en los textos de psicología describen como la segunda crisis de identidad.

En este estudio se observó que la satisfacción personal (59.0%) está ausente en una mayoría considerable, así como la percepción de salud (57.5%) lo que podría estar acondicionada con la sobrecarga de género y este pudiera influir en la no adhesión al tratamiento en aquellas mujeres con Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

En la etapa del climaterio, por lo general, la mujer la asume positivamente y en muchas ocasiones no interfiere con su imagen o autoestima ni repercute negativamente en su calidad de vida.

En la bibliografía consultada pudimos encontrar resultados de la satisfacción personal donde un mayor número de mujeres satisfechas o medianamente satisfechas, se encuentren en la perimenopausia, así como las poco satisfechas o insatisfechas en la posmenopausia.⁴⁶

Es importante señalar que de las mujeres poco satisfechas en este estudio estuvo relacionada con el condicionamiento de género; la "doble jornada laboral" (trabajo remunerado y labores domésticas) o "triple jornada laboral" (función de cuidadora de padres y nietos), y en aquellas que presentan alguna ECNT y no cumplen tratamiento.

DISCUSIÓN

Si se considera la edad de 50 años como la edad promedio del inicio de la menopausia, cerca de 25 millones de mujeres entran en esta etapa cada año en el mundo. Coinciden los demógrafos en que las mujeres de la edad mediana, hoy, en Cuba, tienen como promedio alrededor de 52 años, residen fundamentalmente en zonas urbanas, suelen estar casadas, tienen un nivel educacional elevado y una vida social intensa, ya que integran la población económicamente activo, aunque no todas tengan un empleo remunerado. Datos del Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEDPE), de la Oficina Nacional de Estadísticas, revelan que ellas suman un millón 44 mil 374 de los poco más de 11 millones de habitantes de la Isla y es un grupo poblacional en aumento.

Tal aumento es consecuencia del arribo a la “edad mediana” de la llamada generación de explosión demográfica, o sea, esas niñas y niños que nacieron en los primeros años de la década del 60 y elevaron significativamente la fecundidad en Cuba. Estas cubanas, en su mayoría, son madres. Un grupo nada despreciable se ha casado o unido más de una vez, y a menudo son pilares de sus familias. Se desempeñan, al mismo tiempo, como esposas, hijas, madres, abuelas y hasta nietas, también por la alta esperanza de vida en el país asociado al nivel actual de mujeres en cargos dirigentes.³⁸

Cabe destacar que se corresponden con la pirámide poblacional cubana actual, en la que se observa la transición demográfica por la que atraviesa la población del país desde 1970, donde disminuye progresivamente el número de nacimientos y aumenta el número de personas mayores de 50 años; aunque nuestras mujeres no han culminado totalmente esta transición, porque todavía se encuentra un 49.2 % (65 mujeres) pertenecientes al grupo de menores de 50 años, lo que se espera que terminen este proceso en los próximos cinco años.

Las tendencias demográficas actuales destacan el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas. 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 actualmente que un tercio de la vida de la mujer transcurre bajo insuficiencia ovárica, en que el envejecimiento se manifiesta de una forma más evidente.³⁸

Distintos estudios destacan el predominio del tipo de piel en las mujeres caucásicas y japonesas.

En investigación realizada en Cuba por Sorio³⁸ y otro por García y Navarro³⁹ en 112 mujeres de edad mediana, 44 % eran universitarias. Otros estudios desarrollados reportan valores diferentes; Rivas Alpizar, en Cienfuegos, reporta un predominio del nivel secundario, y SellLliveras y colaboradores el técnico medio de escolaridad.⁴⁰

En otro estudio nacional realizado por Lugones y Navarro en cuatro consultorios del municipio Playa en la provincia de La Habana, ninguna de las mujeres incluidas en la muestra reportó tener nivel de enseñanza primaria y la mayoría (77,2 %) el nivel de escolaridad fue preuniversitario.³⁹

Salazar y colaboradores en una investigación realizada en usuarias del Centro de Salud de Concepción, en Chile, estudiaron a 49 mujeres de edad mediana y ninguna había alcanzado el nivel universitario y 28,6% reportó haber culminado la enseñanza secundaria.⁴¹⁻⁴²

Nuestros resultados coinciden con el de otros autores como la Dra. Navarro, la cual refleja en su estudio un predominio de la mujer acompañada.³⁹ Otras investigaciones realizadas reflejan similares resultados.⁴³⁻⁴⁴⁻⁴⁵

En el Policlínico Héroes de Girón la Dra. Valdés Pérez encontró resultados diferentes; los cuales plantean un nuevo problema social que es la presencia de mujeres sin pareja.⁴⁵⁻⁴⁶

Según resultados publicados por otros autores como el Dr. Lugones⁴² el 72.2% se encuentran vinculadas laboralmente, mientras que el 27.2% son amas de

casa, cifras que se asemejan a las reportadas por este estudio. Datos muy similares fueron obtenidos con la tesis doctoral de la Dra. Stalina Santisteban⁴² y que se corresponden con el panorama laboral nacional.

En Cuba, las mujeres comprendidas entre 40 y 59 años de edad tienen una importante labor social, por lo que resultan muy útiles a la sociedad, a pesar de no estar en el mejor momento de su biología, desempeñan un importante y decisivo papel en la sociedad al ser cuidadoras de la familia y productoras, pues constituyen más del 40 % de la fuerza laboral nacional.⁴⁷

La incorporación de la mujer al trabajo, su participación en el desarrollo económico del país y su rol directriz en el sostén y desarrollo de la familia, plantean que desde el punto de vista social y económico se debe asegurar la atención médica de la mujer climatérica de edad mediana, para que los cambios biológicos que se producen por la disminución en la producción de estrógenos en su organismo, no convierta esta etapa de transición en una enfermedad.⁴⁸

Se puede plantear que el estilo de vida saludable incluye los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas, los comportamientos de las personas y el comportamiento de grupos de población dirigidos a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.³⁵

Los estilos de vida encierran preferencias relacionadas con la alimentación, actividad física, ingesta de alcohol, consumo de tabaco u otras drogas, educación en salud, actividades recreativas, de esparcimiento, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo.⁴⁹

La asociación de hábitos tóxicos como el hábito de fumar y sus consecuencias sobre todo el organismo ha sido señalada por otros autores por ser un factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular y la causa prevenible más importante de enfermedad cardiovascular y de muerte anticipada.⁵⁰

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.⁵¹⁻⁵²

El tabaquismo también adelanta la edad de la menopausia con todas las consecuencias desfavorables que esto tiene para la salud vascular, ósea y sexual de la mujer.⁵²

Las mujeres estudiadas que trabajan fuera del hogar presentan una sobrecarga evidente, al cumplir con la doble jornada laboral como género.

Y de estas las hipertensas, las hipertensas – obesas y obesas no cumplen tratamiento indicado por el médico y tienen riesgo de las complicaciones propias de estas afecciones.

La hipertensión arterial en este estudio tuvo un mayor por ciento 49.2%, lo que coincide con varios autores.

En la bibliografía consultada se plantea que la hipertensión arterial ocupa el mayor por ciento en mujeres estudiadas, con un 42.9 %, seguida de la diabetes mellitus para de un 8.1 %.⁵³⁻⁴⁴

Ambas afecciones tienen una frecuencia mayor que la reportada para el país en 2017, tanto en la población total, que fue de 21.7 % y 9.3 % respectivamente, como en el sexo femenino que fue de 23.7 % y 6.7 % para cada una.⁵⁴⁻⁵⁵

En el origen y desarrollo de la hipertensión arterial en la posmenopausia se implican: factores genéticos y ambientales que alteran el equilibrio de las sustancias reguladoras del tono vascular, fluctuaciones hormonales, sistema renina angiotensina aldosterona, sistema nervioso autónomo, incremento de endotelina y procesos oxidativos que llevan a la reducción de óxido nítrico y prostaciclina.⁴⁹ Durante la transición menopáusica el desbalance entre estrógenos, progestágenos y andrógenos hace más vulnerable a la mujer al daño vascular, a la rigidez arterial con reducción de la distensibilidad arterial y a la hipertensión sistólica mediada por óxido nítrico.⁵⁶

En estudios realizados por Lugones y otros autores, observan la elevada frecuencia de hipertensas en la posmenopausia asociada a sobrepeso, obesidad, tabaquismo, dieta no saludable, no práctica de ejercicios físicos y predominio de manifestaciones del síndrome climatérico.⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁵⁹⁻⁶⁰ Sin embargo la mayoría de los investigadores relacionan la hipertensión arterial a factores biológicos pero no a factores sociales como ocupación, condiciones de vida, entre otros.

Dueñas⁶¹ plantea que es muy importante destacar la aparición de algunas enfermedades crónicas en esta etapa, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la osteoporosis y la obesidad, que tiene relación con la presencia del estrés y sus manifestaciones. La hipertensión arterial, la obesidad y la cardiopatía isquémica son afecciones cuya morbilidad aumenta durante la etapa climatérica y constituyen la mayor causa de muerte para la mujer en las sociedades desarrolladas.⁶²

Esto a su vez coincide con que tienen un mayor porcentaje la obesidad 30.5 % y la dislipidemia estuvo presente en un 34.0%, ambas de riesgo importante para las enfermedades vasculares. La dislipidemia en este estudio fue referido por la fémina ya que no se pudo constatar sus cifras en el momento de la entrevista, no obstante es un factor de riesgo a tener en cuenta.

Encontramos otras patologías en este estudio como cardiopatía isquémica, osteoporosis, gastritis erosiva, úlcera péptica, insuficiencia venosa periférica entre otras, referido por las encuestadas, pero por presentar un bajo porcentaje, solamente, reflejamos las afecciones más frecuentes que fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Las estadísticas de salud plantean que la mujer tiene una tendencia menor que el hombre de padecer de un infarto del miocardio antes de los 50 años de edad y se invoca la protección de los estrógenos y su acción sobre la lipídemia. Los estrógenos elevan la HDL y disminuyen el LDL y el VLDL por lo que la tendencia a la aterosclerosis y la obstrucción coronaria disminuye con estos. Las variaciones en el perfil lipídico que ocurre en la menopausia por disminución de los estrógenos conllevan el aumento de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) formadas, fundamentalmente, por colesterol; disminuyen las de alta densidad

(HDL) y aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, insulinoresistencia y arteriosclerosis.

La baja adherencia al tratamiento farmacológico en las enfermedades crónicas no transmisibles es considerada según la OMS un problema de salud pública. Ante la prescripción de un tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial menos de la mitad de ellos continuara recibiéndolo de la forma indicada luego de 6 meses de indicado. ⁶³⁻⁶⁴⁻⁶⁵

La OMS definió en el 2004 la adherencia como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. Este enfoque resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas. ⁶⁶⁻⁶⁷

No obstante existe la responsabilidad de ambas partes para cumplir con el tratamiento indicado.

Existen varios factores para la no adhesión al tratamiento en la mujer de edad mediana cuando presenta alguna ECNT y no puede cumplir con la terapia indicada.

En este estudio la sobrecarga de género compite con el cumplimiento del tratamiento de base de estas féminas con enfermedades crónicas.

En la bibliografía consultada se plantean distintas modalidades de incumplimiento farmacológico, en función de cuándo decide el paciente dejar de tomar la medicación. Por un lado, es posible que el paciente ni siquiera comience a tomar la medicación, o puede comenzar a tomarla del modo adecuado pero al cabo de un tiempo abandonarla prematuramente. El grado de adherencia varía de acuerdo al tipo de estudio, a la población, así como a los métodos utilizados para calcularla. ⁶⁸⁻⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹

Las mujeres en general en etapa climatérica, demandan poca atención médica, hecho que podría ser considerado como lógico por ser el climaterio una etapa normal en el envejecimiento de la mujer; pero también pone de manifiesto la

poca “percepción de riesgo “o desconocimiento por la mujer de la morbilidad asociada al climaterio, a pesar de su alto nivel de escolaridad. Investigaciones realizadas en otras latitudes relacionadas con la demanda de ayuda médica muestran resultados similares a estos.⁷²

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.³²

En cuanto a la mujer trabajadora, está expuesta a sobrecargas laborales estresantes que es factor que deteriora el estado de la salud, lo cual se expresa en síntomas más severos. Al mismo tiempo, se da la contradicción entre posición y condición, pues la mujer alcanza un determinado nivel educacional, pero no accede a los puestos de dirección que estima como un espacio necesario a ocupar, lo que contribuye a disminuir su autoestima y su satisfacción personal, a percibir con mayor severidad el síndrome climatérico. Cuando se acerca la edad de la jubilación, se siente menos competitiva en el espacio público, tanto desde el punto de vista físico como intelectual y aparece entonces el miedo a la inseguridad económica y a la soledad.⁴⁸⁻⁷³⁻⁷⁴

La incorporación de la mujer al trabajo, su participación en el desarrollo económico del país y su rol directriz en el sostén y desarrollo de la familia, plantean que desde el punto de vista social y económico se debe asegurar la atención médica de la mujer climatérica de edad mediana, para que los cambios biológicos que se producen por la disminución en la producción de estrógenos en su organismo, no convierta esta etapa de transición en una enfermedad.⁴⁸⁻⁷⁵⁻

76

Como resultado a comentar es que de las mujeres entrevistadas con ECNT expresaron (74.3%) 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 propios de sus patologías de base como del climaterio que en muchas ocasiones son tan molestos.

En la bibliografía consultada los trabajos donde se evalúa este aspecto, se observó que la sobrecarga genérica de la mujer de edad mediana tiene un mayor índice del condicionamiento de género y mayor intensidad de síntomas de su patología de base.⁷⁷⁻⁷⁸

Los profesionales sanitarios, y especialmente los médicos de atención primaria, deben recordar que es necesario educar al paciente enfermo para lograr la adherencia al tratamiento; y es muy necesario que sepa detectar y averiguar sus causas, así como tener recursos para poder intervenir eficaz y oportunamente.

79-80

El climaterio es un período de transición, de carácter involutivo en el que desaparecen las menstruaciones al tiempo que aparecen signos de desfeminización, debido a la disminución progresiva de las hormonas ováricas. Dicho período se inicia alrededor de los 40 años y finaliza a los 64 años, y dentro de él se incluye la llamada "edad mediana" que abarca desde los 40 hasta los 59 años.⁸⁰

El diagnóstico de síndrome climatérico se establece con la historia clínica y se fundamenta con: trastornos menstruales, síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones), manifestaciones genitourinarias (síndrome genitourinario menopaúsico) y trastornos psicológicos (depresión, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, alteraciones del patrón del sueño). Los bochornos afectan a 75% de las mujeres. Aunque la mayoría los experimenta durante 6 meses a 2 años, algunas mujeres pueden sufrir bochornos molestos durante 10 años o más. Estos síntomas pueden ser intensos y frecuentes, y afectar la calidad de vida de la mujer, pues provocan alteraciones en el sueño, fatiga e irritabilidad.⁸¹⁻⁸²

Al finalizar el período fértil de la mujer ocurre una serie de modificaciones morfológicas y funcionales que llevan a un nuevo estado biológico no reproductivo: la menopausia. El aumento progresivo de la esperanza de vida, además de los avances terapéuticos durante el siglo XXI, han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que llegan a la edad del climaterio y viven un tercio de su vida en la postmenopausia.⁸³

La menopausia es un tiempo de cambio, tanto físico como psicológico, se han señalado diversos síntomas psicológicos que se presentan al tiempo de la

menopausia; los más frecuentes incluyen: nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, insomnio y fatiga. Este período sitúa a la mujer frente a la disyuntiva del cambio y el envejecimiento así como el impacto del mismo en relación a aspectos como (autoimagen, autoestima, autovaloración) como su inserción y accionar en los diferentes espacios donde las mujeres jóvenes resultan una fuerte competencia si solo tomamos en cuenta el espacio laboral. ⁸³

Existen aspectos sociales (jubilación, abandono de los hijos, pérdida de feminidad) que pueden dar origen a un tipo reactivo de depresión, por lo que muchos cambios sociales y ambientales pueden producir síntomas psicológicos.

84

Sin embargo, existen países por su cultura tradicionalmente no han sido amable con las mujeres al llegar a la edad madura, se les recuerda que: la belleza física ha disminuido, se ha acabado la capacidad reproductiva, los hijos han comenzado a hacer su propia vida, su pareja posiblemente esté ocupado en actividades laborales de mayor jerarquía, que le provocan tensiones y le consumen tiempo, han dejado varios años de asistir a la escuela o no se han preocupado por mantenerse actualizada en algún campo profesional, dificultando su competencia laboral. Muchas de las mujeres se desaniman al advertir que esto sucede y llegan a considerarse poco aptas cuando se aproximan a la menopausia creyendo que ya no tienen nada que aportar, se les hace pensar que ya es “demasiado tarde” para plantearse nuevas metas en la vida; incluso, se disponen a esperar un rápido deterioro de su estado físico, intelectual y emocional; consideran que pronto se volverán emocionalmente inestables y achacosas. Pero la realidad está en contra de estas falsas creencias. ⁸⁴

La mujer en climaterio, sin síntomas, sin diagnóstico ni tratamiento, forma parte de una población demandante de información actualizada, con recomendaciones basadas en evidencia científica que permitan atender con calidad las necesidades de la población femenina en esta etapa, que finalmente se reflejará en una buena salud posmenopáusica.

La menopausia se define como la interrupción definitiva de las menstruaciones. Las actitudes y creencias respecto a ésta han variado ampliamente con el

tiempo, desde su consideración como un signo de decadencia y una enfermedad, lo que suponía una visión negativa y una excesiva medicalización, hasta su consideración actual como un hecho universal, normal y fisiológico que no supone el final de la vida de la mujer, sino solamente el fin de la fase reproductora, la importancia que ésta adquiere es obvia.⁸⁵

La edad promedio a la menopausia en mujeres latinoamericanas es de 48.7 ± 1.7 años. Las variaciones de un lugar a otro pueden deberse a diferencias socioeconómicas y características de cada persona, incluso altura sobre el nivel del mar, pues en algunas ciudades representa una variable significativa.⁸²

Desde épocas remotas se han conocido de los cambios físicos y psíquicos que padecen las mujeres durante la etapa del climaterio y estas alteraciones se asociaron durante mucho tiempo y de forma exclusiva con la desaparición de la función menstrual. No obstante, 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. La concepción antropológica del climaterio se halla íntimamente relacionada con el rol asignado a la mujer en cada sociedad.³⁶

Prestigiosos autores cubanos, han señalado, que la sintomatología en el climaterio varía mucho de una mujer a otra, puede cursar de manera asintomática, o con síntomas leves o severos, donde los factores psicosociales y culturales tienen una importancia considerable para esa percepción. 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 desde el punto de vista bio Psico social donde interactúan de forma importante unos sobre otros ⁸⁵⁻⁸⁶

En la bibliografía estudiada los síntomas referidos por las mujeres son similares a las de este estudio.⁸⁵

El cambio en nuestra sociedad la mujer ha alcanzado un valor significativo lo valores lo que hace que hoy estén fuertes y sanas al llegar a esta etapa. Las

oportunidades de mejorar su marco cultural se amplían, ya que ahora cuentan con la experiencia, que les indica que saben lo que realmente quieren hacer, aprender, conocer y desarrollar. Hoy existe mayor tiempo para la mujer. Esto no fue posible antes porque estuvieron ocupadas atendiendo familias y tal vez después se dediquen a los nietos. Los adelantos médicos han progresado y lo siguen haciendo, logrando grandes avances en el tratamiento de enfermedades, pero, sobre todo, en su promoción y prevención.⁸⁵

En estudios realizados en España se estima que más del 50 % de las mujeres en etapa climatérica sufre deterioro en su calidad de vida debido a los cambios que se producen durante la peri menopausia, aparecen las alteraciones menstruales y se manifiestan de forma más evidente los síntomas característicos del síndrome climatérico: alteraciones neurovegetativas con síntomas vasomotores de sofocos, cambios de humor, sudación e insomnio, pueden presentarse síntomas a nivel genitourinario, como atrofia y sequedad vaginal, cambios en su sexualidad, así como aparecer algunas patologías que se deben prevenir, son las más frecuentes la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular.⁸⁵

En un estudio realizado en Ecuador, en mujeres de bajo nivel socioeconómico, se encontró como indicadores más frecuentes la dificultad para concentrarse, sentimientos de infelicidad o malestar, dolor de cabeza y síntomas vasomotores y en otro realizado en Venezuela a 2 339 mujeres, se observó que el 83 % tenía síntomas que se correspondían con el llamado síndrome climatérico, 49,3 % severos; 31,0 % moderados, y el 19,7 % leves.⁸⁵⁻⁸⁶

La satisfacción personal en mujeres de edad mediana puede adquirir una expresión particular en el punto medio de la vida, en ese momento se replantea el sentido de la vida, se revisan valores propios y los de las personas significativas, frecuentemente, los sujetos se cuestionan que han logrado en las diferentes esferas de realización personal y valoran sus aciertos y errores en función de su nivel de aspiraciones.³⁸

En una investigación realizada por Yanes Calderón M. y colaboradores sobre la satisfacción personal de la mujer de edad mediana y su relación con otros factores de la vida cotidiana encontró que el 48,2 % de las mujeres estudiadas

se sentían satisfechas y se encontraban en el grupo de edades entre 45 y 49 años. Durante la perimenopausia existe un mayor número de mujeres satisfechas (18,07 %) y medianamente satisfechas (25,30 %) para un (49 %) de 103 que se encontraban transitando por esa etapa del climaterio. El total de mujeres poco satisfechas en él estudio resultó ser significativo con un 35,54 %.

87-88-89.

Un estudioso del tema enfatiza así su importancia: "Díganme cómo juzga una persona su autoestima y les diré cómo actúa esa persona en el trabajo, en el amor, en el sexo, como madre, en cada aspecto importante de su existencia... y hasta dónde puede ascender en la vida. La reputación que nos forjamos ante nosotros mismos -nuestra autoestima- es el único factor de fundamental importancia para alcanzar la plenitud".⁹⁰⁻⁹¹

Es obvio que aquellas mujeres que tienen una personalidad equilibrada, una autoestima adecuada, evidente satisfacción con su vida sexual, familiar y personal, experimentan un climaterio menos sintomático y asumen estos cambios positivamente. Efecto contrario se observa en las pacientes con disminución de la autoestima, quienes expresan con mayor severidad el síndrome climatérico, de manera tal que en la baja autoestima influye el deterioro de la imagen, el no logro de las metas trazadas y la realización personal disminuida.

La satisfacción personal en mujeres de edad mediana puede adquirir una expresión particular en el punto medio de la vida. En este momento se replantea el sentido de la vida, se revisan los valores propios y los de las personas significativas; frecuentemente los sujetos se cuestionan qué han logrado en las diferentes esferas de realización personal y valoran sus aciertos y errores en función de su nivel de aspiraciones.

Este es un proceso de revalorización de la propia vida, que en los textos de psicología describen como la segunda crisis de identidad.⁹²⁻⁹³

Mis Consideraciones

La Atención Primaria de Salud (APS), constituye el primero y en ocasiones el único eslabón en darle seguimiento a la mujer climatérica, por lo que es necesario plantear su seguimiento desde una perspectiva biopsicosocial como cualquier otra actividad de su práctica habitual. Se han hecho esfuerzos por brindar una atención diferenciada a las mujeres entre 40 y 59 años, como grupo poblacional no incluido en otros programas de salud.

Se han hecho propuesta de programa así, como, se han realizado estudios relacionados con la caracterización de este grupo a nivel nacional y con la intensidad del síndrome climatérico, lo que está muy relacionado con la conservación y el deterioro de la calidad de vida de la mujer en esta etapa de la vida.

La sobrecarga de género es una condicionante social que se suma a los factores biológicos, metabólicos y del estilo de vida con consecuencias nefastas en la salud de la mujer durante el climaterio; aunque, el nivel educacional, económico y cultural influye en la modificación responsable de las determinantes sociales para asumir los diferentes roles, la salud y la enfermedad de una u otra forma.

Por otra parte la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria de Salud (APS), constituye el primer eslabón para atención integral a la mujer climatérica; pero es necesario que esta actividad sea enfocada por todos los profesionales de la salud desde la perspectiva del género para lograr el control adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles que repercute en el estado de salud de las climatéricas y posmenopáusicas.

Las mujeres durante el climaterio presentan las mismas enfermedades crónicas no transmisibles que las descritas en nuestro anuario de salud; siendo la de mayor frecuencia en esta investigación la hipertensión arterial crónica.

No hay adhesión al tratamiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles en la etapa climatérica, fundamentalmente, por la sobrecarga del género.

RECOMENDACIONES

Lograr que la educación médica actual incluya técnicas de aprendizaje donde los problemas del envejecimiento se aborden desde la perspectiva del género y de la sexualidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Panamericana de la Salud- Oficina de género, diversidad y derechos humanos. Curso Virtual Género y Salud: Marco Conceptual. 2010.
- Figueroa Silverio A. [Necesaria igualdad de Género para alcanzar Objetivos del Milenio](#) Madrid, Notimex, octubre 4/2010.
- Castañeda Abascal, I. Construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género en el contexto social cubano. Doctor en Ciencias de una Especialidad, Escuela Nacional de Salud Pública. 2006.
- [Hardy](#) [HYPERLINK](#)
["http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu01201.htm"](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu01201.htm) [E.,](#)
[HYPERLINK](#)
["http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu01201.htm"](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu01201.htm) [Jiménez](#)
[HYPERLINK](#) ["http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu01201.htm"](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu01201.htm) [A](#)
[HYPERLINK](#) ["http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu01201.htm"](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_2_01/spu01201.htm).
 Masculinidad y Género. Políticas y Estrategias en Salud Pública. Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP) São Paulo, Brasil. 20 de marzo del 2001.
- Marrero Santos, M. Repercusión del neoliberalismo y la globalización en el trabajo y la mujer trabajadora. 2005.
- Garduño MA. La categoría de género en la explicación de los perfiles de enfermedad y muerte de varones y mujeres. Salud Problemas N° 25. México DF: UAM-X; 2003.
- Reyes González Ma. [La Organización de Naciones Unidas aboga por plena equidad de género para 2030](#). Marzo 2015.
- Díaz ME. La Menopausia: Indicador socioeconómico de salud y envejecimiento. Material complementario. Maestría en Enfermería. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo López"; 2004
- Salcedo Barajas A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial [tesis de maestría en Internet]. Colombia: Universidad Nacional; 2011 [citado 12 Feb 2019]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/4164/1/539474.20_11.pdf

- Lira MT. Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. Rev Med Clin Condes. 2015; 26:156-63.]
- Hirschberg S, Donatti S, Rijana I, Selan V. La relación entre adherencia terapéutica y calidad de vida en la hipertensión arterial. Psiencia[Internet]. 2014 [citado 12 Feb 2019];6. Disponible en: <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/128>
- Escobar Tobar CA. Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida [tesis de maestría en Internet]. Chile: Facultad de Ciencias Sociales; 2011 [citado 12 Feb 2019]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/csescobar_c/pdfAmont/cs-escobar_c.pdf
- [Castañeda](#) [Abascal](#) [HYPERLINK](#)
["http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_2_02/spu04202.htm"](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_2_02/spu04202.htm) [HYPERLINK](#)
["http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_2_02/spu04202.htm"](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_2_02/spu04202.htm) y Lic. Susana Solís. Rev Cubana Salud Pública 2002; 28(2). Desigualdades atribuibles al género entre cirujanos(as). Ciudad de La Habana.
- Heredia HB, Lugones M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en mujeres climatéricas y menopáusicas. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en internet]. 2007 [citado 28 de febrero de 2019]; 33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso) [HYPERLINK](#)
[600X2007000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso) [HYPERLINK](#)

["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso)nrm=iso

- Lugones Botell M, Navarro Despaigne D. Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en internet]. 2006 Abr [citado 28 de febrero de 2019]; 32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es"&](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es) HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es"pid=S0138-600X2006000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es)
HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es"&](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es) HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es"lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000100002&lng=es)
- Lugones Botell M. Menopausia sin problemas. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2007. p. 43-8.
- Fora Eroles F. La sexualidad en el climaterio. Rev Iberoam Menop. 2002; 4(2):14-7.
- Maestre S. Análisis de las modificaciones que la actividad laboral produce en el climaterio. Informe de investigación. Valencia: Facultad de Enfermería. Universidad de Valencia; 2011; 135(4):439-50.
- Shifren JL. Sexual dysfunction in women: epidemiology, riskfactors, and evaluation. In: UptoDate Online 17.3. Rose BD (Ed). UptoDate ONLINE 2010. [citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-epidemiology-risk-factors-and-evaluation?source=search_result
HYPERLINK ["http://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-epidemiology-risk-factors-and-evaluation?source=search_result&selectedTitle=1~150"&](http://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-epidemiology-risk-factors-and-evaluation?source=search_result&selectedTitle=1~150) HYPERLINK
["http://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-](http://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-women-)

[epidemiology-risk-factors-and-evaluation?source=search_result&selectedTitle=1~150"selectedTitle=1~150](#)

- Artilles Visbal L, Navarro DA, Manzano BR. Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2001. Nueva York: PNUD; 2001.
- Albizu-Campos Espiñeira JC. Dinámica demográfica cubana. antecedentes para un análisis novedades en población.issn: 1817- 4078, n.o 18 • pp. 1-35. 2016.
- Ramírez Vázquez H. [Aceptar una enfermedad crónica varía según la personalidad y la resiliencia, \(diariomedico.com\)](#).enero- 2017
- Vargas F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. Rev. Osteoposos Metab Miner 6; 1:5-7. 2014.
- Durán R, Magris M, Vivas S, Metzger W. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y de una muestra reducida de pacientes relacionados con la adherencia al tratamiento antimalárico, Municipio Atures, Estado Amazonas, Venezuela. Boletín De Malariología y Salud Ambiental. 2014; 54(1): 68-87.
- Silva M, Oliveira A, Marco S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. Rev. Latino- Am. Enfermagem Mayo- Jun. 22(3): 491-498. 2014.
- Rojas J, Flores M. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. Aquichán. 2016; 16(3): 328-339.
- Pérez J. Adherencia al Tratamiento Farmacológico. Medicina Respiratoria 2015; 8(1):47-52.
- Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH-SIDA de

un hospital de Lima, Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2015; 32(1): 66-72.

- Tapia L. Factores individuales que influyen en la adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión del tema. CES Movimiento y Salud. 2014; 2(1): 23-30.
- Martín Alfonso, L .Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario: 2003-2007. 9/2009.
- Navarro Despaigne D. Menopausia e hipertensión arterial: de la biología a la práctica clínica. Rev cubana med vol.54 no.3 Ciudad de la Habana. *versión On-line* ISSN 1561-302X. 2015.
- Lugones Botell, M.Intensidad y evolución del síndrome climatérico y su relación con los factores de riesgo para aterosclerosis: 2003-2012. 2015
- Maure Barcia J. Modelo de atención a la mujer climatérica. Su implementación en el nivel primario de salud. 2016. Tesis (maestría) Facultad de Ciencia Médicas Manuel Fajardo.
- Machado Labañino J. Climaterio, condicionamiento de género y su asociación con condiciones de vida en mujeres de edad mediana. Policlínico "*Puentes Grandes*". 2015. 2016Tesis (maestría) Facultad de Ciencia Médicas Manuel Fajardo.
- Climaterio y Menopausia. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (FLASOG) 2016. Disponible en : www.nietoeditores.com.mx
- Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. II Consenso Cubano sobre Climaterio y Menopausia. Colectivo de autores. Taller Nacional de Revisión Climaterio y menopausia y Actualización. Ciudad Habana: Editorial Cimeq, 2007. [En línea]. Dirección URL: <http://www.scoq.sld.cu/Descargas/II%20Consenso%20Climaterio%20Menopausia.pdf>>. [citado: 5 de marzo 2019].
- 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 2015 ; 26(2): 138-146. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext [HYPERLINK](#)

["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es)

[29532015000200004&lng=es"&](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es) [HYPERLINK](#)

["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es)

[29532015000200004&lng=es"pid=S1561-29532015000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es)

[HYPERLINK](#)

["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es)

[29532015000200004&lng=es"&](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es) [HYPERLINK](#)

["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es)

[29532015000200004&lng=es"lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000200004&lng=es)

- - García I, Navarro D. Influencia del entorno familiar en la mujer en etapa climática. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(2)143-154
- SellLLuervas 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.
- Salazar A, Barriga OA. Percepción de las mujeres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climaterio. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2011; 76(2): 64-70
- Santiesteban Alba SR, Atención a las mujeres climáticas desde la Atención Primaria de salud. Junio 2000-2006. Tesis [Doctorado]. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende. La Habana. 2007
- Trapaga Chala I. Enfermedades de la mama en mujeres de la consulta de climaterio. Policlínico Plaza 2011. [Tesis Maestría], La Habana: Facultad Cdte Manuel Fajardo; 2011
- Díaz Sánchez, M.E. Carmenate Moreno, M. M; Toledo Borrero E. M; Moreno López V; Moreno López R; Wong Ordoñez I. Algunos factores sociales y del estilo de vida relacionados con la menopausia. En: Artiles Visbal L; Navarro Despaigne D; Manzano Ovies B.R.Climaterio y

Menopausia. Un enfoque desde lo social. 1ed. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2007. P. 95 - 105

- Valdés Pérez M. Caracterización de las mujeres climatéricas. [Tesis Maestría] Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Salvador Allende”, La Habana. 2002
- Lugones Botell M, Navarro Despaigne D. Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa Rev cubana obstetginecol 2006;32(1)
- Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es)& HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es)pid=S1029-30192014001000011
HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es)& HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000011&lng=es)lng=es
- Santisteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 [citado 19 Ene 2019];37(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_2_11/gin15211.htm
- Navarro D: Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa Rev Cubana ObstetGinecol v.32 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2006
- Heredia Hernández B; Lugones Botell M. Edad de la menopausia y su relación con el hábito de fumar, estado marital y laboral. Rev Cubana Obstet Ginecol, Ciudad de la Habana, v. 33, n. 3, dic. 2007. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138

- Lugones B, Ramírez BM, Miyar PE. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana HigEpidemiol. 2006 [consultado 4 Mar 2019];44(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_3_06/hie07306.htm
- Reyes Sigarreta M y otros. Determinantes del estado de salud. En: Toledo Curbelo. Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p 180
- McKinlay S.M, Brambilla D. J; Posner: "The normal menopausal transition". Maturitas14:103-115, 2012.
- Navarro D. Menopausia e hipertensión arterial: de la biología a la práctica clínica. Rev cubana med vol.54 no.3 Ciudad de la Habana jul-set. 2015.
- . Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2017.
- Petri EA, Padoani NP, Nahas J, Orsatti FL, Tardivo AP, Dias R. Metabolic syndrome and its associated risk factors in Brazilian postmenopausal women. Climateric. 2014; 12:431–8. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/13697130902718168>
- Pramparo P, Boissonnet C, Schargrotsky H, et al. Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios Argent Cardiol. Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2011 [citada 2019 marzo]; 79(4): [aprox. ____ p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185037482011000400014>
HYPERLINK
 ["& HYPERLINK
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185037482011000400014&script=sci> "script=sci](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185037482011000400014&script=sci)
- Almeida C. Análise da composição corporal e prática de atividade física em mulheres pós-menopausa. Da Faculdade de Educação Física da UNICAMP. Capa 2013 [citada 2019 marzo]; 11(3): [aprox. ____ p.]. Disponible en: <http://conexoes.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/1009>

- García D, Castellanos M, Cedeño R, Benet M, Ramírez I. Tejido adiposo como glándula endocrina. Implicaciones fisiopatológicas. Finlay. 2011 [citada 2019 Feb]; 1(2): [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/39>
- Wise BE. The Inflammatory syndrome: the role of adipose tissue cytokines in metabolic disorders linked to obesity. J Am SocNephrol. 2014; 15:2792-800.
- Dueñas H A. Enfermedades cardiovasculares. Hipertensión Arterial. Su control en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014; 8(3):195-213.
- Kleerekptor M, Aviol LV: Evaluation and treatment of postmenopausal En: Favus M, primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. New York Raven Press: 2011; 5 (6):222-228.
- Krauss RM. Lipids and lipoprotein and effects of hormone replacement. Lobo RA. Treatment of the menopausal woman basic and clinical aspects. New York: Raven. 2011; 5 (7): 235-42.
- Lindgren R, Berg G, Hammar M, Larsson-Cohn V. Climateric symptoms, in Swedish postmenopausal women. En: Flint M, Kronenberg F, Utians Weds. Multidisciplinary aspects of menopause. Ann New York Academy Sci. 2010; 45 (2):445-47.
- Rodrigo F: Hipertensión arterial y adherencia al tratamiento: la brecha entre ensayos clínicos y realidad. Rev Cubana de Salud Pública [Vol. 44, No. 3 \(2018\)](#).
- Vargas F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. Rev. Osteoposos Metab Miner 2014 6;1:5-7.
- Viltó L, Alfonso L, Pérez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VOH/SIDA. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(4): 620-630.
- Rodríguez M, Varela M, Rincón H, Velasco M, Caicedo M, Méndez F, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no

- farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(2): 192-199.
- Ramos L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul. 2015; 16(2): 175-189.
 - Orozco D, Mata M, Artola S, Conthe P, Medivilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Aten Primaria. 2016; 48(6): 406-429.
 - Pérez J. Adherencia al Tratamiento Farmacológico. Medicina Respiratoria 2015; 8(1):47-52.
 - [Rivas](#) [Alpizar](#) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso) [E](#) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso), [Navarro Despaigne](#) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso)D [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso)y [Tuero Iglesias](#) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso) [A](#) [HYPERLINK](#)
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200004&nrm=iso). Factores relacionados con la demanda de atención médica durante el climaterio. 2015
 - Navarro D, Fontaine Y. Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(2):169-76.
 - Lugones M, Valdés S. Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014; 27(1):16-1.
 - Gómez Martínez A, Mateos Ramos A, Lorenzo Díaz M, Simon Hernández M, García Núñez LI, Cutanda Carrión B. Representaciones socio-

culturales sobre la menopausia. Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *IndexEnferm.* 2008 [citado 5 Enero 2019];17(3). Disponible

en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK

["http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso)

[1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso"&](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso) HYPERLINK

["http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso)

[1296200800030000](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000)

2

HYPERLINK

["http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso)

[1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso"&](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso) HYPERLINK

["http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso)

[1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso"lng =es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso) HYPERLINK

["http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso)

[1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso"&](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso) HYPERLINK

["http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso)

[1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso"nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800030000%20&lng%20=es&nrm=iso)

- Aldana CE, Gómez LM, Morales CFA, Gaviño GF. 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.
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [citado 5 Marzo 2019]:3. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Martín L, Bayare H, Corugedo M, Isnaga F, Matos Y, Orbay M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2015; 41(1): 33-45.
- Veliz L, Mendoza S, Barriga O. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovascular en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria* 2015; 12(1): 3-11. 25.

- Lugones B.M, Valdes S.S, Perez P.J. Climaterio, familia y sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr . 15 n.2 Ciudad de la Habana mar.-abr. 1999. Versión On-line ISSN 1561-3194.
- NamsRecommendationsForClinicalCare. Menopause 2014;21(10).
- Portman JD, Margery LS, Gass MD, on behalf of theVulvovaginalAtrophyTerminologyConsensusConference Panel. Genitourinarysyndrome of menopause: new terminologyforvulvovaginalatrophyfromthe International SocietyfortheStudy of Women_s Sexual Health and The North American MenopauseSociety. Menopause 2014; 21(10).
- Maure-Barcia J. Síntomas vasomotores en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstet Ginecol 2011;37(4).
- -Baños Pacheco MI, Sánchez Quesada S, Cintra Vargas M, Vargas Nueva T, Sardiña Pavón T: Modificación de conocimientos sobre climaterio. Un reto para la salud. MEDISAN vol.17 no.7 Santiago de Cuba jul. 2013.
- Acedo Torregrosa F. La prevención en la posmenopausia. España. [en Internet]. 2016. [Consultado: 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.noticias.com>
- Rodríguez Baz – Reguera L. Hábitos alimentarios y actividad física; su relación con la intensidad del síndrome climatérico. Tesis (maestría). Facultad Medicina Manuel Fajardo 2016.
- Couto Núñez D., Nápoles Méndez D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Ago; 16 (8).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext [HYPERLINK "http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800001&lng=es"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800001&lng=es) [HYPERLINK "http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800001&lng=es"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000800001&lng=es) Consultado: 5 /03/ 2019

- Valdés Riesgo A. Funcionamiento Familiar, Satisfacción Personal y Laboral, su relación con la intensidad del Síndrome Climaterico. "Pol 19 de Abril". (Tesis) MaestríaFacultad de Ciencia Médicas Manuel Fajardo.2016
- Rivas-Alpízar E, Hernández-Gutiérrez C, Zerquera-Trujillo G, Vicente-Sánchez B, Muñoz-Cocina J. Factores biológicos y sociales relacionados con la salud de la mujer durante el climaterio. Medisur[revista en Internet]. 2015 [citado 2019 Ene 30]; 9(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en:<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1212>
- Yánes Calderón M.,Chio Naranjo I., Pérez Felpeto R. Satisfacción personal de la mujer de edad mediana y su relación con otros factores de la vida cotidiana Rev. Cubana ObstetGinecol. 2012abr.-jun; 38 (2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-"](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-) HYPERLINK
["http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-)
["pid=S0138-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-)
[600X2012000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200007&lng=es).Consultado: 5/03/19
- Bocchino S. Aspectos Psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Rev. Psiq. Drug 2005;70(1): 66-79.

ANEXO 1

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente declaro que me han informado que se está realizando una investigación sobre el Estado de salud de la Mujer de Edad Mediana desde la perspectiva de género. Policlínico Universitario Cerro, a tal efecto se me ha solicitado colaboración respondiendo a los diferentes instrumentos, donde se incluyen un cuestionario para la obtención de datos sociodemográficos y personales, 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.

Mujer de Edad Mediana: _____

Investigador Principal: ___MSc. .Dra. Migdalia Socarrás León



ANEXO 2

RECOLECCIÓN DE DATOS

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Nombre y apellidos: _____

CMF _____

1. Edad actual _____ Color de la piel: B _____ M _____ N _____

1.1 ___ 40 – 44 años

1.2 ___ 45 – 49 años

1.3 ___ 50 – 54 años

1.4 ___ 55 – 59 años

2. Nivel de escolaridad

2.1 ___ Primaria terminada

2.2 ___ Secundaria terminada

2.3 ___ Pre Universitario terminado

2.4 ___ Universitaria

3. Estado civil

3.1 ___ Casada o unión estable 3.2 ___ Divorciada o separada

3.3 ___ Soltera

3.4 ___ Viuda

4. Ocupación

4.1- Trabajadora fuera del hogar 4.2- No trabaja

5. Labor que desempeña actualmente

SECCIÓN II.

HÁBITOS TÓXICOS

6. Fuma actualmente? 6.1- Si _____ Desde cuándo? Adolescente _____

Después de 20 años_____

6.2-No_____

7. Consumo de bebidas alcohólicas

7.1 Si_____ Desde cuándo ?_____ Después de 20 años_____

7.2 No_____

8. Consumo de café: 8.1 Si_____ 8.2-No_____

9. Consumo de drogas legales:9.1 Si__ cuáles ?_____

9.2 -No__

SECCIÓN III.

HISTORIA DE SALUD

10-APPNO__ SI__ CUÁLES?

ECNT	TIEMPO EVOLUCIÓN	CUMPLE TRATAMIENTO	VISITA AL MÉDICO	TA / ANÁL. PESO	CTAS VECES?
HTA					
DM					
OBES.					
DISLIP.					

OTRAS CUÁLES?

Tratamiento cuál o cuáles?_____

Por qué no cumple tratamiento indicado?_____

11- HISTORIA OBSTÉTRICA

Menarquia _____años Gesta_____ Partos_____ Abortos_____

Fórmula menstrual ___/___ Fecha última menstruación___/___/___

Edad de menopausia _____años Natural_____ Quirúrgica_____

Etapa climatérica: Perimenopáusica _____ Post menopáusica _____

12- EVALUACIÓN DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO: responda si al menos presenta algunos de estos síntomas:

Neurovegetativos: calores SI__ NO__ sudores SI__ NO__

Palpitaciones SI__ NO__ taquicardias SI__ NO__ náuseas SI__ NO__

cefaleas SI__ NO__ vértigos SI__ NO__ insomnio SI__ NO__

Nerviosismo SI__ NO__ irritabilidad SI__ NO__

Psico – psiquiátricos: depresión SI__ NO__ ideas paranoides SI__ NO__

Fobias SI__ No__

Genitourinarios: sequedad vaginal SI__ NO__ dispareunia SI__ NO__

prurito genital SI__ NO__ tenesmo vesical SI__ NO__ polaquiuria SI__

NO__ disuria SI__ NO__ incontinencia urinaria. SI__ NO__

Sexuales: disminución de la libido SI__ NO__ anorgasmia SI__ NO__

vaginitis. SI__ NO__

- **Buscó ayuda en algún Servicio Médico para los síntomas antes señalados?** SI__ NO__

Consulta de Climaterio _____

Consulta de Medicina Interna _____

Consulta de Ginecología _____

Otras consultas _____ Cuáles? _____

Ninguna _____

- Conducta terapéutica? SI__ NO__

Cuáles? _____

SECCIÓN IV

13- CONVIVENTES

- **Composición Familiar (CF)** (poner el número)

- 1 año__ 1 – 9 años__ 10 – 14 años__

15 – 19 años__ 20 – 59 años__ 60-69 años__ 70 y más__

SECCIÓN VI

15- SATISFACCIÓN PERSONAL

		Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
•	No				
1	Pienso que tengo una buena apariencia				
2	Los síntomas de la menopausia no afectan mi vida diaria				
3	Las tareas del hogar las repartimos entre todos				
4	Me hace feliz compartir la vida en pareja				
5	Enfrento las dificultades cotidianas con seguridad y confianza en mis capacidades				
6	Me complace ocuparme de mis familiares				
7	Tengo buena vitalidad y ganas de hacer las cosas				
8	Durante el día me asigno un tiempo para hacer lo que deseo				
9	Mantengo buena comunicación con mi pareja				
10	Me satisface desempeñar mi trabajo como parte importante de mi vida				
11	Mi estado de ánimo es alegre				
12	Me satisface cuidar del hogar				
13	Soy capaz de controlar mis estados de ansiedad				
14	Pienso que mi desarrollo personal aún puede continuar				
15	Las responsabilidades domésticas y familiares no me agotan				
16	Estoy satisfecha con las relaciones personales que mantengo				
17	Me siento bien de salud				
18	En el hogar puedo disfrutar de un tiempo personal				

19	Mi pareja y yo compartimos todas las responsabilidades a gusto				
20	Me siento satisfecha con la vida que he podido lograr				