

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA.



**FACTORES QUE INCIDEN EN LA EXACERBACION DE LA
SINTOMATOLOGIA EN MUJERES MENOPAUSICAS QUE
CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE JUCUAPA,
USULUTAN Y MONCAGUA, SAN MIGUEL. PERIODO DE JULIO
A SEPTIEMBRE DE 2004.**

PRESENTADO POR:

ANA LUISA SOSA SOTO
PATRICIA JEANNETTE ESTRADA SANDOVAL

PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA

DOCENTE DIRECTOR:

DR. JALIL FUAD CHATARA JIMENEZ.

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL; 12 DE NOVIEMBRE DE
2004

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA EXACERBACIÓN DE
LA SINTOMATOLOGÍA EN MUJERES MENOPÁUSICAS
QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE
JUCUAPA, USULUTÁN Y MONCAGUA, SAN MIGUEL,
PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2004**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

RECTORA

INGENIERO ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

LICENCIADA MARÍA ORTENSIA DUEÑAS DE GARCÍA

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

LICENCIADA LIDIA MARGARITA MUÑOZ VELA

SECRETARIA GENERAL

FACUTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA

DECANO INTERINO

LICENCIADA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS

SECRETARIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA

JEFA DEL DEPARTAMENTO

LICENCIADA. ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

ASESORES DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

DR. JALIL FUAD CHATARA JIMENEZ

DOCENTE DIRECTOR

LIC. JOSÉ ENRY GARCÍA

ASESOR DE ESTADÍSTICA

LICDA. ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

ÍNDICE.

CONTENIDO	Págs.
. RESUMEN - - - - -	-x
. INTRODUCCIÓN - - - - -	-xii
. CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1.1 Antecedentes de la Problemática - - - - -	18
1.2 Enunciado del problema - - - - -	-22
1.3. Objetivos de la Investigación - - - - -	-25
1.3.1 Objetivo General - - - - -	25
1.3.2 Objetivos Específicos - - - - -	-25
. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Menopausia - - - - -	28
2.2 Fases Perimenopáusicas - - - - -	-29
2.3 Cambios Hormonales de la Menopausia - - - - -	-32
2.4 Preocupaciones de la Paciente Sobre la Menopausia - - - - -	-35
2.5 Factores socioeconómicos y culturales que inciden en la sintomatología en Mujeres Menopáusicas - - - - -	40
2.6 Síntomas - - - - -	55
2.7 Aspectos Diagnósticos - - - - -	58
2.8 Tratamiento de Restitución de Estrógenos - - - - -	60
2.9 Selección del Preparado Estrogénico - - - - -	61
2.10 Otras Modalidades de Tratamiento - - - - -	-63

2.11 Definición de Términos Básicos - - - - -	65
CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS.	
3.1 Hipótesis General - - - - -	70
3.2 Hipótesis Específicas - - - - -	70
3.3 Operacionalización de las Hipótesis en variables e Indicadores - - - - -	72
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.	
4.1 Tipo de Investigación - - - - -	77
4.2 Universo - - - - -	78
4.3 Muestra - - - - -	78
4.4 Tipo de Muestreo - - - - -	83
4.5 Técnicas de Obtención de la Información - - - - -	84
4.6 Instrumentos - - - - -	85
4.7 Procedimiento - - - - -	86
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.	
5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de los Datos - - - - -	91
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	
6.1 Conclusiones - - - - -	156
6.2 Recomendaciones - - - - -	158
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS- - - - -	161

ANEXOS

1. Cronograma de Actividades General -----	167
2. Cronogramas Específicos de Actividades en la Ejecución de la Investigación -----	168
3. Cédula de Entrevista Piloto -----	171
4. Cédula de Entrevista -----	175
5. Escala de Readaptación Social -----	182

RESUMEN.

Se estudiaron 182 mujeres entre las edades de 45 a 55 años que visitaban las Unidades de Salud de Jucuapa, Usulután y Moncagua, San Miguel, en el período comprendido de julio a septiembre de 2004, con el objetivo de investigar que factores inciden en la exacerbación de la sintomatología, mediante una cédula de entrevista y una escala de readaptación social; a la vez se estableció cual era el perfil sintomatológico más frecuente en este grupo atareo.

El tipo de investigación fue prospectivo, transversal y analítico, al mismo tiempo se utilizaron técnicas documentales y de campo.

Se utilizó una cédula de entrevista que permitió recabar la información necesaria para el tema en estudio.

El número de mujeres encuestadas fue de 182 distribuidas en ambas Unidades de Salud.

A partir de los datos obtenidos se realizó la tabulación e interpretación de los datos, lo que permitió comprobar las hipótesis planteadas.

Posteriormente se realizaron las conclusiones y recomendaciones orientadas a proponer soluciones reales para el cuadro menopáusico.

INTRODUCCIÓN.

Durante la corta historia de la humanidad, las mujeres han sido sometidas a las imposiciones del hombre. La menstruación parece tener gran importancia en este hecho, ya que el hombre fue quien estableció la división: Las mujeres antes de la menarca, las mujeres entre la menarca y la menopausia, y las mujeres después de la menopausia; más aún, se comporta de manera diferente con cada grupo como si se tratara de un régimen de clases o castas.

Ante esta situación, al acercarse a la menopausia, la mujer presenta signos de baja autoestima relacionados con su frustración. A los cambios fisiológicos se suman la cultura, la tradición, la religión, la moralidad, la sexualidad e incluso variantes relacionadas con el lugar de origen.

Anteriormente se decía que algunos de los síntomas presentes en la mujer en esta etapa de la vida se debían específicamente a cambios hormonales, sobre todo deficiencia de estrógenos, hoy en día se tiene conocimiento que esta idea es errada, ya que se han realizado estudios en los cuales no se han encontrado pruebas de que sean los bajos niveles de estrógenos, sino que son los factores psicosociales más que todo, los que se relacionan con dichos trastornos en el periodo menopáusico.

En nuestro país, la mujer no recibe la educación y la atención médica debida durante la menopausia, siendo la educación el motor que impulse la aplicación de un tratamiento que vaya en mejora del cuadro menopáusico, y tomando en cuenta que en la consulta general de cada 10 mujeres que oscilan entre 45 a 55 años, con una edad media de 51 años , periodo correspondiente a la menopausia, 6 manifiestan algún síntoma como periodos menstruales irregulares, olas de calor y sudor nocturno (bochornos), patrones del sueño alterados, ansiedad, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal, cefalea, problemas de concentración o memoria se consideró imperativo prestarle especial cuidado al florido cuadro sintomatológico que presentan las mujeres en la menopausia y estudiar los efectos que tienen los diferentes factores psicosociales sobre la exacerbación de dicha sintomatología.

La menopausia es un tema ya conocido por todo médico general, pero “conocer el manejo adecuado” que debe brindarse a este tipo de usuaria, que además de enfrentar este periodo atraviesan por situaciones como: problemas económicos , desintegración familiar, muerte del cónyuge o separación, la soledad de la edad madura, entre otros; se hace difícil porque en todos los centros del primer nivel de salud no se cuenta con recursos suficientes para manejar integralmente a estas usuarias; y debido a que el sistema de salud nacional “ clama” por una mejor atención de los usuarios el presente estudio pretende dar a conocer los factores que inciden en la exacerbación de la sintomatología en mujeres menopáusicas que consultan en las Unidades de

Salud de Jucuapa, del departamento de Usulután y Moncagua, del departamento de San Miguel; durante el periodo comprendido de Julio a Septiembre del 2,004, y de igual manera dar propuestas viables y pertinentes con el fin de ofrecer una atención de calidad a estas usuarias desde su primer contacto.

Así mismo que los beneficios obtenidos mediante este estudio estén dirigidos directamente a toda la población menopáusica, con el objetivo de disiparán dudas y tabúes referentes al tema y a la vez ver la menopausia no como un “trastorno aislado”, sino como un trastorno que va íntimamente relacionado con la salud mental y social de cada mujer.

Es así como en este documento se presentan los resultados de esta investigación, para ello se ha estructurado en seis capítulos, los cuales se describen a continuación:

En el primer capítulo se expone el planteamiento del problema que incluye: Los antecedentes de la problemática y el enunciado del problema donde se detalla como se ha comportado el fenómeno en los últimos cinco años, así también se describen los objetivos de la investigación, el general pretende conocer los factores que inciden en la exacerbación de la sintomatología en mujeres menopáusicas que consultan en las unidades de salud en estudio y como objetivos específicos se tienen: Conocer si el perfil sintomatológico más

frecuente en las mujeres menopáusicas incluye: Bochornos, cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad e irritabilidad), alteraciones del sueño, cefalea, irregularidad menstrual, osteoartralgias; determinar cómo afecta el nivel socioeconómico, cultural y la estabilidad familiar en las mujeres menopáusicas para presentar un cuadro sintomatológico; así como proponer alternativas de tratamiento, buscando soluciones e implementación de acciones reales de salud.

El segundo capítulo contiene el marco teórico donde se engloba la historia natural del problema y la base teórica que está conformada por la menopausia y sus fases, sus cambios hormonales, el cuadro sintomatológico, diagnóstico y tratamiento, describiendo también los factores socioeconómicos y culturales que están íntimamente relacionados con la menopausia y de que manera afectan a la mujer para exacerbar su cuadro sintomatológico. Finalmente se presenta la definición de términos básicos para facilitar la comprensión del lector,

Como tercer capítulo se tiene el sistema de hipótesis en donde se encuentran la hipótesis general y las hipótesis específicas con sus respectivas hipótesis nulas, luego se presenta la operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores.

El cuarto capítulo describe el diseño metodológico que comprende el tipo de investigación, el universo poblacional y muestra, las técnicas de obtención de la información y los instrumentos de investigación.

En el quinto capítulo se presentan los resultados de la investigación de campo; a través del análisis y la interpretación de los datos, obtenidos mediante la utilización de la cédula de entrevista y la escala de readaptación social.

En el sexto capítulo se plantean las conclusiones y recomendaciones a las cuales llegó el equipo de investigación después del análisis e interpretación de los datos.

Finalmente se describen las referencias bibliográficas que sirvieron de base para la elaboración de la investigación y los anexos los cuales incluyen los cronogramas de actividades donde se resume el proceso completo que se realizó en la ejecución del presente trabajo de investigación, los instrumentos que se utilizaron en la recolección de datos para dicha ejecución, y las fotografías que plasman el momento de la ejecución del instrumento de la investigación.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.

El proceso biológico de la menopausia no es factor de riesgo para la enfermedad mental, son los factores psicógenos y socioculturales propios de la edad moderna los que constituyen verdaderamente un factor de riesgo.

Es lamentable comprobar que la salud de nuestra población se encuentra mutilada, ya que si se recuerda, la salud se describe como el completo bienestar físico, mental y social de la persona y se comprueba que en nuestro país este concepto no se cumple ya que en los centros de salud no se presta especial cuidado a brindar atención de calidad a la salud mental de la población.

La menopausia se considera un problema médico, social y económico. Al hablar de problema médico nos referimos a dos aspectos importantes, el primero consiste en la falta de atención, derivada del desconocimiento de la entidad por la mayoría de la población salvadoreña; el segundo aspecto está relacionado con el hecho de que, hasta el momento, no contamos con centros de atención del climaterio (transición menopáusica), menopausia y posmenopáusica, en donde además de realizar acciones de consejería

tendientes a favorecer cambios en el estilo de vida y eliminación de hábitos nocivos, se proporcionen tratamientos individualizados.

La menopausia es una etapa fisiológica, pero cuando se acompaña de síntomas u otras patologías que alteran la salud del individuo, haciéndole perder calidad de vida, se considera una enfermedad.

Los síntomas de deterioro en la menopausia tienen una repercusión grave sobre la familia y la sociedad, y llegan a incidir en el equilibrio familiar, de pareja e incluso en la ruptura de relaciones con otras células de la sociedad.

Debido a que un alto porcentaje de mujeres está incorporado a la economía, hay en ocasiones merma en la productividad por inasistencias o por falta de concentración. Agréguese a lo anterior el costo elevado de tratar las complicaciones por la aterosclerosis, osteoporosis y cáncer de mama, entre los más temidos.

En nuestro país, así como en muchos países de América Latina no se cuenta con estudios económicos al respecto, pero se puede ilustrar el impacto con los siguientes datos relativos a osteoporosis; en países como Reino Unido y Estados Unidos:

“Costos indirectos posteriores a la fractura de cadera en mujeres.

- 5 a 20% de mortalidad en el siguiente año.
- 20% de movilidad severamente alterada después de 12 meses, que requiere cuidados de enfermería a largo plazo.
- 50% no recupera la movilidad previa”²

En las Unidades de Salud en estudio Jucuapa, del departamento de Usulután y Moncagua, del departamento de San Miguel, al analizar la menopausia como motivo de consulta se podría decir que el número es mínimo o casi nulo, ya que los trastornos atribuidos a esta etapa se descubren en el transcurso de la historia clínica, algunos evidentes a través de la acuciosidad del entrevistador. Es frecuente que una vez que se tiene la impresión diagnóstica, la usuaria queda etiquetada y los cuadros patológicos se pueden reducir con ligereza a la categoría de menopausia.

En la unidad de salud de Jucuapa se han realizado esfuerzos por implementar acciones que vayan destinados a manejar problemas psicológicos en los usuarios, pero estas acciones han decaído al no contar con los medios necesarios para darle seguimiento.

En los últimos cinco años se contrataron los servicios de dos Licenciados en psicología cursando su servicio social en dicha unidad de salud; según sus

² José Francisco López. Avances en el Estudio y Tratamiento del Climaterio. Tomo 1, pág 24.

experiencias encontraron que 3 de cada 10 mujeres en edad menopáusica, afirmaban presentar algún síntoma relacionado con esta etapa de la vida.

Es interesante mencionar que estas usuarias fueron detectados por el médico general, en consultas ajenas al cuadro, esto permite confirmar la necesidad de educación a la población sobre este episodio de la vida, ya que generalmente no saben reconocer la relación que tienen algunos síntomas con la menopausia y los efectos que pueden producir los factores socioculturales presentes en nuestra sociedad.

Pero este problema no solo necesita ser reconocido y enfrentado sino saber como manejarlo, situación que está ubicada en un SEGUNDO PLANO en los centros de salud.

Cabe mencionar que la demanda de usuarios en las unidades de salud, limitan al médico a atender cuidadosamente la diversidad de trastornos que puede presentar la mujer en edad menopáusica y no está de más mencionar la poca experiencia que se tiene en el manejo de este cuadro patológico.

Tal es el caso que en la unidad de salud de Moncagua no se ha registrado ninguna medida destinada al manejo de estos trastornos.

El tratamiento de los desórdenes ocurridos durante la edad madura de la mujer es igual al de otra época de la vida, ya que es una parte natural del proceso de evolución del ser humano, en el que la mujer necesita una atención integral tanto médica como psicológica; atención que resulta utópico de proporcionar en la salud pública, pero es necesario agotar recursos para implementar alternativas que vayan en mejora de la salud de este grupo especial de la población.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

El Salvador considerado en la actualidad como un país subdesarrollado, agobiado por múltiples problemas: políticos, sociales y culturales. Sobresaliendo la crisis en la cual se encuentra la salud pública, ya que es uno de los rubros que no cuenta con un presupuesto adecuado para solventar las demandas de la población.

Tomando en cuenta lo anterior, la demanda asistencial de cada centro de salud sobrepasa las necesidades de atención integral; tal es el caso que la población total de los municipios de Jucuapa y Moncagua es de aproximadamente 16,652 y 18,875 respectivamente; de estos, 2,349 son mujeres entre las edades de 45 a 55 años, de las cuales aproximadamente 400 mujeres con dichas edades visitan las unidades de salud antes mencionadas

por diversas patologías, y un número significativo de éstas manifiestan alguna sintomatología característica de la menopausia.

La población femenina de ambos municipios no cuenta con la atención adecuada al presentar un cuadro menopáusico, por lo que se considera de suma importancia educar a las usuarias para que sepan reconocer un cuadro sintomatológico característico de la menopausia y una patología propiamente; así como la relación y la diferencia entre ambas situaciones y de igual manera los factores externos que contribuyen en gran medida a la exacerbación de dicho cuadro. Dado a esta situación es imperativo saber:

1.2.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA GENERAL:

¿Qué factores inciden en la exacerbación de la sintomatología de la mujer menopáusica que consultan en las Unidades de Salud de Jucuapa y Moncagua, durante el periodo comprendido de Julio a Septiembre de 2,004?

También el grupo de investigadoras tratará de darle respuesta a los siguientes enunciados específicos:

¿El perfil sintomatológico más frecuente en las mujeres menopáusicas son: Bochornos, cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad, irritabilidad), cefalea, alteraciones del sueño, irregularidad menstrual y osteoartralgias?

¿Cómo afecta el nivel socioeconómico en las mujeres menopáusicas para presentar un cuadro sintomatológico?

¿El nivel cultural incide en la sintomatología de la mujer menopáusica?

¿Influye la estabilidad familiar en la intensificación de los síntomas en la edad menopáusica?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores que inciden en la exacerbación de la sintomatología en mujeres menopáusicas que consultan en las unidades de salud de Jucuapa, del departamento de Usulután y Moncagua, del departamento de San Miguel; durante el periodo comprendido de Julio a Septiembre de 2004.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comprobar si el perfil sintomatológico más frecuente en las mujeres menopáusicas incluye: Bochornos, cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad e irritabilidad), alteraciones del sueño, cefalea, irregularidad menstrual, osteoartralgias.

- Determinar cómo afecta el nivel socioeconómico en las mujeres menopáusicas para presentar un cuadro sintomatológico.

- Determinar cómo incide el nivel cultural en la sintomatología propia de la mujer menopáusica.

- Identificar cómo influye la estabilidad familiar en la intensificación de síntomas de la edad menopáusica.

- Proponer alternativas de tratamiento, buscando soluciones, así como la implementación de acciones reales de salud.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO.

La menopausia señala el término de las menstruaciones y constituye un fenómeno universal; este periodo de la vida está rodeado de controversias. La definición de la menopausia como enfermedad tiene sus orígenes en puntos de vista patriarcales y creencias que consideran a las mujeres defectuosas e imperfectas, máquina que necesitan compostura, aunado a esto los diferentes factores sociales, económicos y culturales, causan un gran impacto sobre la sintomatología en esta edad.

Se intentarán aclarar las distintas definiciones en relación con el climaterio y la menopausia, como también las diferentes indicaciones y contraindicaciones de la terapia hormonal sustitutiva y otras medidas terapéuticas para prevenir y tratar las alteraciones en la salud que ocurre en este grupo de edad.

2.1 MENOPAUSIA.

“Más del 40% de la población femenina de El Salvador es posmenopáusica, y este porcentaje está incrementándose”³, y a pesar de la universalidad del cambio de vida, sólo hasta hace poco se empezó a percibir la importancia de sus implicaciones médicas y psicológicas. Aunque la menopausia, que se define como “Última menstruación, derivada del agotamiento folicular fisiológico

³ Jonathan Berek. Ginecología de NOVAK. Pág. 982

o iatrogénico; se diagnostica en forma retrospectiva, es decir, que se confirma un año después del último sangrado “(Organización Mundial de la Salud) ⁴ , es el suceso más identificable durante este periodo, los años que la preceden y los decenios que le siguen son de importancia clínica mucho mayor.

Este periodo puede tener una iniciación insidiosa o relativamente escabrosa, por lo general hacia la mitad o la parte tardía del quinto decenio de la vida. Los síntomas que se inician con la transición hacia la menopausia suelen proseguir hasta el periodo posmenopáusico.

2.2 FASES PERIMENOPÁUSICAS.

A) TRANSICIÓN MENOPÁUSICA: “El periodo que precede a la menopausia se caracteriza por un grado variable de cambios somáticos y psicológicos que reflejan alteraciones en el funcionamiento cíclico normal del ovario” ⁵ . La transición menopáusica se inicia de manera gradual, y puede anunciarse durante la parte media a tardía del quinto decenio de de la vida con síntomas sutiles, y tanto la paciente como el médico pueden ignorar o pasar por alto estos síntomas. Resultando a menudo difícil distinguir entre los síntomas relacionados con el estrés y los que podrían relacionarse con las

⁴ José Francisco López. Avances en el Estudio y Tratamiento del Climaterio. Tomo 1, Pág. 23.

⁵ <http://www.cucs.udg.mx/InvestigacionSalud/invsalud/abril2002/art1.ht>

concentraciones bajas de estrógenos. El síntoma más importante de la transición menopáusica en algunas mujeres es la irregularidad menstrual y el reconocimiento oportuno de los síntomas puede volver mínimo el impacto de este periodo potencialmente dañino.

B) MENOPAUSIA: “Se define como el último periodo menstrual, resultado de la pérdida de la función ovárica; un evento que sucede durante el climaterio y se caracteriza por una amenorrea fisiológica permanente”⁶. La interrupción de la menstruación por la pérdida del funcionamiento ovárico, es un suceso más que un periodo, la cual ocurre a una edad mediana de 51 años. “Posiblemente la edad de la menopausia se encuentra establecida de manera genética, y no parece relacionarse con la raza o el estado nutricional. Ocurre antes en las fumadoras de cigarrillos, en algunas mujeres que se han sometido a histerectomía y en mujeres nulípara”⁷. La menopausia puede diagnosticarse en base a síntomas subjetivos, ya que algunos de sus síntomas más agudos, como los bochornos, se vuelven más intensos cuando se acerca esta etapa de la vida, momento en el cual la concentración de estrógenos circulantes puede disminuir de manera repentina.

C) PERIODO POSMENOPÁUSICO: Después de la menopausia sobreviene un periodo de relativa quietud ovárica que dura más de la tercera parte de la

⁶ José Francisco López. Avances en el Estudio y Tratamiento del Climaterio. Tomo 1 Pág. 7

⁷ Jonathan Berek. Ginecología de NOVAK. Pág. 982.

vida promedio de la mujer que es un proceso normal de envejecimiento, y aunque el impacto de la deficiencia de estrógenos sobre la salud a largo plazo puede ser semejante a las deficiencias de otras hormonas, se ha prestado relativamente poca atención a este problema, y en muchas ocasiones esta deficiencia de estrógenos sobre las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, se confunde a menudo con cambios relacionados con la edad.

D) INSUFICIENCIA OVÁRICA PREMATURA: La pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual que se produce durante varios años, y que culmina en la menopausia. En algunas mujeres, sin embargo, la función ovárica se pierde antes y de manera más repentina que lo esperado por causas naturales, quimioterapia u operaciones quirúrgicas. “La insuficiencia ovárica prematura se define como el momento en que ocurre la menopausia de manera espontánea antes de los 40 años de edad”.⁸ A causa de la edad relativamente joven y de la naturaleza inesperada del suceso, quizá se requiera apoyo tanto psicológico como hormonal, y aunque la mayor parte de los profesionales de la medicina no están preparados adecuadamente para ofrecer apoyo psicológico amplio, puede ser de utilidad plantear preguntas apropiadas y poner a la disposición de la paciente servicios de apoyo.

⁸ Ídem.

2.3 CAMBIOS HORMONALES DE LA MENOPAUSIA.

Los cambios en la producción y el metabolismo de las hormonas ocurren de manera gradual durante la transición menopáusica. Después de casi cuatro decenios de producción cíclica de estrógenos y progesterona por los ovarios, estos órganos disminuyen su producción y, por último, interrumpen toda actividad cíclica. Sin embargo, los ovarios siguen produciendo por tiempo indefinido cierta cantidad de hormonas después de la menopausia.

A) TRANSICIÓN MENOPÁUSICA: Durante la transición menopáusica los folículos ováricos se vuelven cada vez más resistentes a la estimulación de la hormona estimulante del folículo (FSH), en tanto que las concentraciones de estradiol se conservan relativamente constantes. “Este proceso se demuestra con mayor claridad por la resistencia relativa a las gonadotropinas en mujeres que se someten a estimulación de la ovulación para la fecundación in Vitro. En las mujeres promedio menores de 30 años de edad se pueden lograr concentraciones de estradiol que pasan de 1000 pg/ml mediante estimulación con cerca de 225 UI de FSH al día. En contraste, la mayoría de las mujeres mayores de 40 años de edad rara vez alcanzan concentraciones de estradiol de esta magnitud, a pesar de la estimulación hasta con tres veces la cantidad de FSH mencionada al día”.⁹ Este grado de resistencia ovárica a la estimulación

⁹ Íbidem, Pág. 983.

puede explicar los bochornos que experimentan algunas mujeres, a pesar de lo que parecen concentraciones normales de estradiol a juzgar por la menstruación regular. Los bochornos pueden deberse a descargas de gonadotropina relacionadas con las concentraciones bajas de estradiol.

B) MENOPAUSIA: Durante la menopausia cambian las concentraciones de hormonas, la manera en que se producen y sus funciones. Las hormonas más afectadas son las producidas por los ovarios: estrógenos, progesterona y andrógenos.

C) ESTRÓGENOS: “Sustancia perteneciente a un grupo de compuestos esteroides hormonales que favorecen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos. Los cuales son elaborados en el ovario, corteza suprarrenal, testículo y unidad feto placentaria.”¹⁰ En el momento de la menopausia la secreción ovárica de estrógenos se vuelve insignificante, aunque la mujer sigue teniendo concentraciones perceptibles de estradiol y estrona circulantes. “Antes de la menopausia, las concentraciones de estradiol varían entre 50 y 300 pg/ml. Después de la menopausia cuando la secreción de estrógenos es insignificante, las concentraciones tanto de estradiol como de estrona pueden llegar a 100 pg/ml. En su mayor parte estos estrógenos se deben a conversión periférica (aromatización) de la androstenediona,

¹⁰ Íbidem, Pág. 984

andrógeno producido primordialmente por la glándula suprarrenal lo mismo que por el ovario después de la menopausia”.¹¹ La aromatización de los andrógenos en estrógenos se produce primordialmente en el músculo y el tejido adiposo, por este motivo, las mujeres obesas suelen tener una concentración elevada de estrógenos circulantes y éstos, al no contar con oposición, las ponen en peligro incrementado de sufrir cáncer endometrial y en contraste las mujeres delgadas experimentan disminución de los estrógenos circulantes, lo que explica su riesgo incrementado de experimentar osteoporosis.

D) PROGESTERONA: “Hormona destinada a favorecer el desarrollo del embarazo, produciendo en el aparato genital aquellas reacciones directamente ligadas al desarrollo del huevo”¹². Después de la menopausia se interrumpe la producción de progesterona. La ausencia de aumentos y disminuciones cíclicos de esta hormona suele acompañarse de ausencia de síntomas premenstruales, esta disminución de progesterona afecta a los órganos, como el endometrio y la mama, que reaccionan a los esteroides gonadales. “La progesterona protege al endometrio contra la estimulación excesiva de los estrógenos durante los años de la vida reproductiva. Regula primordialmente a los receptores de los estrógenos, pero también ejerce efectos intranucleares directos que inhiben los efectos de los estrógenos sobre el endometrio”.¹³ Esto explica el riesgo más

¹¹ Ídem

¹² Íbidem, Pág. 985

¹³ <http://www.4woman.gov/faq/Spanish/menopause.htm>.

elevado de hiperplasia y cáncer endometrial justo antes y después de la menopausia.

E) ANDRÓGENOS: La tercera clase de esteroides producidos por los ovarios son los andrógenos, más notablemente testosterona y androstenediona. Y sólo hasta hace poco se percibió la función potencial de los ovarios en la producción de estos, en especial después de la menopausia. “Antes de ella, el ovario produce cerca del 50% de androstenediona y 25% de la testosterona circulante; después de la menopausia disminuye la producción total de andrógenos, sobre todo porque lo hace la producción ovárica pero también porque disminuye la producción suprarrenal”.¹⁴

2.4 PREOCUPACIONES DE LA PACIENTE SOBRE LA MENOPAUSIA.

Conforme las mujeres pasan por los cambios de sus concentraciones hormonales y de sus cuerpos, pueden experimentar emociones que varían entre preocupación leve hasta franca negación. El médico debe percatarse de que las preocupaciones de la paciente pueden diferir de sus preocupaciones médicas.

¹⁴ Jonathan Berek. Ginecología de NOVAK. Pág. 984

Envejecer en una sociedad que alaba la belleza, la juventud y el dinero puede ser una dura tarea. Por lo general las mujeres menos favorecidas económicamente tienen más dificultad de socializar sus afectos cuando enfrentan no solo la desolación afectiva sino que también tienen una calidad de vida empobrecida.

La falta de fertilidad y de función menstrual que acompañan a la menopausia natural o quirúrgica puede tener un impacto sobre el sentido de bienestar de la mujer, y el médico debe ser sensible a la tensión emocional importante experimentada en potencia por estas pacientes, y encontrarse preparado para ofrecerles apoyo psicológico.

Muchas mujeres pueden considerar a la menopausia una transición entre la madurez y la senectud. Aunque algunas pueden esperar esta época con placer como un tiempo de libertad relativa de preocupaciones, por tanto, quizá se ignoren los signos sutiles de transición hacia la menopausia como un medio de negación; y a causa de esta última, la mujer puede estar temerosa de informar sus síntomas sorpresivos y potencialmente hormonales al médico que la atiende. A menos que se pregunten de manera directa, muchos síntomas pueden pasar inadvertidos, lo que ocasionará retraso en el diagnóstico y el tratamiento, y sobre todo el médico debe ser sensible a la tensión emocional

importante experimentada en potencia por estas pacientes, y encontrarse preparado para ofrecerles apoyo psicológico.

A) PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE TENER HIJOS: El efecto de la pérdida de la capacidad para tener hijos depende de la función que haya desempeñado la crianza de éstos en la vida de la mujer. Para algunas, tener hijos y criarlos ha sido una fuente de primera importancia de posición social y de amor propio; por tanto, la pérdida de la fertilidad puede producirles gran tensión. Otras han retrasado la posibilidad de tener hijos por diversos motivos, y si han tratado de quedar embarazada demasiado tarde para tener buenos resultados, la iniciación de los síntomas de la menopausia podría ser una señal tangible de su fracaso. “Sin embargo, los resultados de un estudio sugieren que las mujeres solteras y sin hijos tienden menos a deprimirse que las demás”.¹⁵ La reacción individual a la pérdida de la capacidad para reproducirse puede no ser fácilmente manifiesta para la paciente y, por tanto, el médico debe comprender todas las reacciones potenciales ante esta pérdida, ya que la menopausia no implica cesación de ninguna función diferente a la reproductiva.

B) PÉRDIDA DE LA JUVENTUD: Independientemente del efecto de la pérdida de la capacidad para reproducirse, la tensión producida por la pérdida de la juventud simbolizada por la menopausia puede ser sutil, pero a la vez

¹⁵ <http://www.cucs.udg.mx/InvestigacionSalud/invsalud/abril2002/art1.ht>

dañino. En la sociedad actual la juventud es un tesoro preciado, en tanto que la madurez no. El grado al cual este fenómeno afectará a las mujeres podría estar relacionado con el valor que otorgan a su aspecto personal, y quizá el envejecimiento no sea importante para muchas mujeres, pero no debe olvidarse la posibilidad de que produzca ansiedad o depresión.

C) CAMBIOS CUTÁNEOS: La aceleración manifiesta de los cambios cutáneos que acompañan al envejecimiento, en especial después de la menopausia, es una preocupación para muchas mujeres, y se cuenta cada vez con más pruebas de que la deficiencia de estrógenos desempeña una función importante en estos cambios. “Aunque aún no se ha podido definir con claridad los mecanismos subyacentes, un factor de primera importancia podría ser la capacidad de los estrógenos tanto para prevenir como para restaurar la pérdida de la colágena cutánea relacionada con la piel”.¹⁶ Como los cambios en la colágena puede ser el principal factor determinante del envejecimiento de la piel, estos efectos de los estrógenos podrían ser importantes; desde luego, el tratamiento con estrógenos no prevendrá por completo los efectos del envejecimiento sobre la piel, ni contrarrestará los efectos de las tensiones ambientales sobre ella, como la exposición al sol. Sin embargo, el tratamiento con estrógenos durante el periodo de quietud parece tener efectos benéficos sobre la piel.

¹⁶ <http://www.encolombia.com/cartilla-menopausia-sexualidad.htm>.

D) CAMBIOS EN EL HUMOR O LA CONDUCTA: 1) Depresión. “Síndrome caracterizado por un sentimiento de tristeza, acompañado usualmente de inhibición psicomotora y asociados a ideas de auto acusación, minusvalía, trastornos del apetito, sueño y libido”¹⁷ La depresión es uno de los trastornos médicos más frecuentes que observan en sus pacientes los prestadores de asistencia primaria en salud. “ En la menopausia declarada, las alteraciones psíquicas de tipo depresivo son las más frecuentes” ¹⁸ Un porcentaje alto de las mujeres que solicitan asistencia médica por cualquier síntoma experimenta depresión clínica, y los estudios efectuados no han podido demostrar que exista relación entre la depresión clínica y el estado hormonal, lo que sugiere que muchos de los síntomas psiquiátricos que ocurren durante este periodo pueden estar más relacionados con sucesos psicosociales como cambios en las relaciones con los hijos, estado matrimonial y otros acontecimientos de la vida. La mujer moderna, por su mayor integración social, posee una conciencia mucho menos dolorosa ante la crisis de la menopausia que sus antecesoras; Lo que cambia es la percepción del problema pero no el problema en sí mismo. 2) Ansiedad e irritabilidad: Muchas mujeres informan un aumento del nivel de ansiedad e irritabilidad durante el periodo perimenopáusico; por tanto, estos síntomas se han convertido en una parte prominente de lo que se denomina síndrome climatérico, y aunque quizá no esté incrementada la incidencia de

¹⁷ Ricardo Toro, Luís Yepes. Psiquiatría. Pág. 190

¹⁸<http://www.cucs.udg.mx/InvestigacionSalud/invsalud/abril2002/art1.ht>

trastornos psiquiátricos manifiestos, estas quejas se vuelven más frecuentes. 3) Pérdida de la libido: una preocupación principal es la disminución de la libido o de la satisfacción sexual que puede sobrevenir con la menopausia. Sin embargo la actividad sexual se conserva relativamente estable antes y después de ésta. La atrofia vaginal es un factor que puede contribuir a que disminuya la satisfacción sexual, debido a la falta de lubricación vaginal.

2.5 FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA EN MUJERES MENOPÁUSICAS.

Las condiciones y circunstancias concretas de la mujer salvadoreña específicamente la que atraviesa las fases perimenopáusicas está determinada por los factores que se describen a continuación:

2.5.1 FACTORES SOCIALES.

A) ASISTENCIA SOCIAL: En la realidad salvadoreña muy pocas mujeres asisten a la consulta general específicamente porque consideran que los trastornos sufridos obedecen a la menopausia; un número mínimo de usuarias refiere “siento dolores en todo el cuerpo, yo creo que es la menopausia”. La

gran mayoría asiste buscando otro tipo de diagnóstico; y aún existen mujeres que desconocen que es la menopausia.

Hace falta echar mano de estrategias que le permitan a la mujer “conocerse a sí misma, su cuerpo y sus cambios” para saber en que momento de su vida pasa de una etapa a otra, y darle la atención adecuada.

Cada mujer se ve afectada de un modo diferente al llegar a la etapa de la menopausia, por lo tanto cada mujer necesita una atención individual y esmerada.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promueve “La Salud para Todos” y enfoca sus esfuerzos hacia rubros que verdaderamente son importantes como la niñez y el adulto mayor, pero es lamentable que la mujer en edad madura, queda relegada a una atención deficiente desde el punto de vista que no se brindan alternativas de tratamiento que mejoren a corto plazo la sintomatología presente, así como un control adecuado a través de todo el periodo menopáusico.

Los Médicos Especialistas con los que se cuentan en el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) al cual pertenecen las Unidades de Salud en estudio, son dos; obviamente no pueden abastecer la gran demanda de atenciones

diarias, por lo que referir a las pacientes implica algunas veces esperar citas que se prolongan hasta más o menos dos meses.

Por lo anterior se considera que si existiese un equipo multidisciplinario capacitado, estos problemas podrían reducirse.

B) ESTABILIDAD FAMILIAR: La mujer moderna por su mayor integración social, posee una conciencia mucho menos dolorosa ante la crisis del climaterio que sus antecesoras.

Pero lo que no cambia es la imperiosa necesidad del apoyo familiar en esta dura etapa de la vida. Tal es así que en un estudio mencionado anteriormente “sugiere que las mujeres solteras y sin hijos tienden menos a deprimirse que la demás”

Lo anterior se basa en el hecho de que en la menopausia declarada, las alteraciones psíquicas de tipo depresivo son las más frecuentes. Esto lleva a traer en cuenta que un pilar fundamental en la edad madura es el apoyo familiar.

La exacerbación del perfil sintomático de la menopausia debuta frecuentemente cuando hay emociones tales como: cambios en la estructura

familiar, conflictos conyugales, pérdida de un hijo, dificultades con parientes de edad avanzada, conflictos económicos como en la mayoría de hogares, retiro o jubilación y las implicaciones que todo esto conlleva para la vida futura, tiene más impacto en la salud mental que las alteraciones fisiológicas apareadas a la menopausia.

Actualmente cuando una mujer comienza a deprimirse, es común que le digan “...estas deprimida, seguro que es la menopausia”, o comentarios devastadores como “...estás chiflada, es la menopausia” “...no hay arreglo alguno, todas las mujeres pasan por lo mismo” situaciones suficientes para convertir un proceso fisiológico normal en un verdadero calvario.

La comprensión de la pareja en esta etapa de la vida es básica, saber que se tiene un apoyo cuando el carácter cambia, cuando la falta de lubricación provoque el rechazo del acto sexual, cuando se necesite compartir con la pareja que la menopausia no implica cesación de ninguna función diferente de la reproductiva.

La menopausia tiene una etiología tanto orgánica como social, ya que la estabilidad familiar es un factor fundamental en el desarrollo de la misma, muy pocas mujeres pueden afirmar que el apoyo conyugal les ha permitido superar los trastornos ocasionados por la menopausia.

En una de las entrevistas realizadas a una mujer que trabaja como asistente en una guardería manifestó que para ella la menopausia no ha sido problema alguno gracias a que cuenta con el apoyo de su pareja; además ofrece dos explicaciones de la Depresión en otras mujeres respecto a la menopausia. Por un lado, explica que se trata de una reacción a los problemas fisiológicos. Sobre todo como consecuencia de un largo periodo de reglas irregulares y, por otro, como una reacción a la actitud de sus maridos que, según sea el caso se distancian de ellas.

Lo que es necesario cambiar es la percepción del problema en sí mismo, cambiarlo de una manera global, educando tanto a la mujer como a su pareja, y estos al resto del grupo familiar, tarea difícil pero posible, sólo así se podría manejar integralmente la menopausia.

C) ÁREA GEOGRÁFICA: La población del área rural, está tomando en estos últimos tiempos un auge de atención primordial, tal es el caso que actualmente se desarrollan programas de atención de control de niño sano y control prenatal en los distintos cantones y caseríos del país, a través de los diferentes SIBASI, con el lema “Salud más cerca de todos”.

Esto trae a mencionar que la mujer menopáusica del área rural tiene menos acceso a la consulta general por muchos motivos, entre ellos: falta de

educación que la lleva a no conocer los cambios en ella, la multiparidad que las obliga a reducir la atención a ellas mismas y dirigir las a su grupo familiar, la dependencia económica del jefe de la familia, la ausencia de servicios básicos, como la energía eléctrica, que dificulta la orientación adecuada mediante los medios de comunicación.

Las situaciones anteriores no son ajenas a las del área urbana, pero hay que reconocer que en menor magnitud.

D) EDUCACIÓN: En la menopausia la educación juega un papel importante ya que la mujer debería de recibir una preparación preventiva sobre la menopausia, y no una medicina curativa, que cure a una población enferma a la que no se puede mantener sana.

De todos es sabido que la población salvadoreña aún sufre un porcentaje muy alto de analfabetismo, según el informe sobre D.H presentado por el PNUD en el año de 2,003. “En el nivel educativo a pesar de los esfuerzos realizados las carencias son enormes, lo cual se expresa por ejemplo en el alto índice de analfabetismo que alcanza un 30%, o en la baja escolaridad de la población (la población de 15 años o más con educación sólo alcanza el 23%).

En este marco la población femenina es la más afectada, ya que por ejemplo las niñas y mujeres reportan 2.8% de escolaridad y un índice de analfabetismo que a veces alcanza el 56%”.¹⁹

La educación también forma parte de la capacidad de expresión emocional, referente a hechos traumáticos o estresantes. Esta depende de manera importante del lenguaje emocional que es la “columna vertebral” de la inteligencia emocional. El lenguaje emocional es la capacidad para identificar y evaluar las sensaciones corporales y los estados de ánimo que se experimentan ante un evento emocional, así como “rotularlas”, ponerles nombre. Si las personas no son capaces de diferenciar sus emociones y además no poseen un repertorio verbal emocional que les ayude a “etiquetarlas”, la expresión emocional será difícil lo que contribuiría a incrementar la inhibición creando una fuente más de estrés.

El analfabetismo es uno de los grandes problemas que debe enfrentar la población salvadoreña. No debe considerarse un problema aislado de la persona que no sabe leer ni escribir, sino como un problema social.

El analfabetismo sigue siendo superior en las mujeres las cuales ven limitado su desarrollo personal y la posibilidad de desenvolverse con libertad por no saber leer ni escribir.

¹⁹ [www.va.es/es/Internacional/prog/UCI/Proyecto de El Salvador. htmln](http://www.va.es/es/Internacional/prog/UCI/Proyecto%20de%20El%20Salvador.html)

“A partir de los diversos estudios realizados por Las Dignas y por la encuesta de Género (1999) realizada por el IUDOP se constata:

- Cuanto más bajo es el nivel de estudios más bajo es el nivel de ingresos, empujando a las mujeres a una dependencia económica de los hombres. El no saber leer ni escribir limita a las mujeres el acceso a programas para iniciar algún trabajo o negocio.
- Cuando uno compra una medicina no sabe si está vencida, si se la da a su hijo lo puede matar, pero si uno puede leer uno sabe, es necesario por prevención”.²⁰

Todo lo anterior forma una barrera de limitantes, que afecta directamente a la mujer en el sentido de que tiene menos acceso a vías de tratamiento pese al cuadro menopáusico.

2.5.2 FACTORES ECONÓMICOS.

A) EMPLEO: En nuestro país existe una deficiencia de mano de obra calificada, y la que hay es mal utilizada, ya que existen muy pocas fuentes de trabajo para absorber a toda la población preparada.

²⁰ www.LasDignas.Org.sv

En el caso específico de la mujer, se sabe que al haber un índice de analfabetismo alto no tiene posibilidades de aspirar a un empleo que le permita contribuir al sustento del hogar, lo que la hace depender del hombre, colocándola en un estilo de vida que se reduce al trabajo del hogar y cuidado de los hijos; esto somete a la mujer a un nivel de estrés mayor que aunado al cuadro menopáusico, complica su estabilidad familiar y emocional.

La mujer merece y necesita tomar parte activa en su hogar, no solo para atender a su cónyuge e hijos, sino aportando ingresos que mejorarían el estilo de vida de todos; así también le permitiría tener más acceso a alternativas de tratamiento especializado y porqué no decirlo tener vías de escape a la difícil etapa del climaterio utilizando su atención y habilidades para el servicio de otras personas que le harían sentirse útil y recompensada tanto económica como emocionalmente, al sentirse parte fundamental de un todo.

2.5.3 FACTORES CULTURALES.

A) CREENCIAS: La mujer se enfrenta al argumento de que “la menopausia es un fenómeno natural y debe dejarse que siga su curso”,

definitivamente no todo lo natural es bueno, y en vista de que la mayoría de los síntomas presentados en la menopausia son susceptibles de mejorar e inclusive desaparecer con tratamiento adecuado, esta no debe dejarse sin tratar.

También resulta importante recalcar que la feminidad no es sinónimo de fertilidad y que la menopausia no es el comienzo del fin, sino el comienzo del resto de la vida.

B) TABÚES: Desafortunadamente la sociedad salvadoreña considera a la menopausia como algo negativo, continúa siendo un tema tabú y aún cuando se hable de ella, se la considera de un modo despectivo. No debe asombrar entonces, que a algunas mujeres les aterre la menopausia.

Si se experimentan síntomas menopáusicos, es preciso hablar de ellos. La menopausia no es un tema indigno de mención, y cuanto más abierta se muestre una mujer, más se le podrá prestar ayuda.

Toda mujer tiene derecho a controlar esta etapa de la vida como cualquier otra. Si no desea depender de médicos o medicinas, no está obligada a ello, pero debe ser vigilada y orientada para que considere su negativa en beneficio propio.

A pesar de conocer la menopausia como una etapa de la vida humana, la realidad es que hasta épocas recientes se ha mencionado escasamente, tanto en la literatura médica, como no médica y cuando se hacía, era en términos muy poco científicos.

La sociedad de consumo que resalta la juventud, la belleza o el sexo, en el peor de los casos, pinta a la menopausia como irracional, neurótica, matronal y sexualmente neutra, las mujeres se sienten dominadas por los cambios que suceden en su cuerpo.

Aún en el siglo pasado se decía que “la mujer menopáusica se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan el templo. Si conserva algunos admiradores, solo pueden atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento”.²¹

Después de un siglo de avance científico se seguían leyendo comentarios parecidos: “La menopausia es un fantasma que no adquiere carta de ciudadanía mas que por la obra creadora de la imaginación y el miedo”, y continúa “cada mujer tiene el climaterio que merece, sólo la mujer de personalidad sólida la franquea sin grandes escollos”.²²

²¹ José Francisco López. Avances en el Estudio y Tratamiento del Climaterio. Tomo 2. Pág. 17

²² Ídem.

C) MITO: En la menopausia existen muchos mitos sobre esta etapa pero se debe de tener en cuenta que la realidad es otra; a continuación se describen algunos mitos y sus realidades:

MITOS:

- La menopausia es una enfermedad.
- Los achaques aumentan con la menopausia.
- En la menopausia se pierden facultades.
- La menopausia convierte a la mujer en una carga.
- La menopausia vuelve a la mujer intolerante, solitarias y cascarrabias.
- El cuerpo pierde atractivo físico en la menopausia.

REALIDADES:

- La menopausia es un proceso natural y puede llegarse a esta etapa con buena salud.
- La menopausia es una etapa con muchas ventajas.
- En la madurez se cuenta con el conocimiento de la vida y se puede seguir aprendiendo.
- La menopausia permite a la mujer ser libre, independientes y útiles a la familia.
- La jubilación invita a frecuentar asociaciones, disponer de más tiempo para disfrutar aficiones y cultivar amistades.

- La madurez y la experiencia proporcionan belleza y sabiduría.

Es fundamental mantener una actitud positiva y descartar mitos, prejuicios y estereotipos perpetuados por la sociedad de consumo y los medios de comunicación.

Una mujer que ha dedicado la mitad de su vida a formar una familia tiene aún tiempo para retomar los estudios, viajar, escribir, leer, aprender nuevas tareas y cuidar de su cuerpo mejor que nunca. El fin de la vida fértil no implica nuevas restricciones ni la declinación física. Las opciones pueden aumentar en vez de disminuir.

Cuando la mujer se hace mayor, por lo general tiene más tiempo libre y menos responsabilidades. Si tiene hijos, ellos realizan su vida y puede hacer lo que quiera con la propia y es el momento de llenar la vida con nuevas actividades.

En esta época, las mujeres con empleo llegan a la jubilación, en consecuencia, los espacios vacíos pueden ser llenados con actividades novedosas y atractivas. Hay que crear un ritmo de vida y cualquier actividad nueva que se emprenda ayudará a hacer nuevas amistades.

Es necesario valorar de manera positiva el paso de los años. Cuando se llega a la menopausia, la mujer debe estar orgullosa de los años vividos y no considerarse fuera de circulación. Es el momento de recuperar iniciativa, fijar metas, nuevos objetivos y disfrutar a fondo la vida. La madurez es una nueva etapa de la vida y hay que saber adaptarse a los cambios que implica. Por ello, es recomendable disfrutar las nuevas experiencias, ser flexible, sobreponerse a las desgracias y valorar la compañía.

D) RELIGIÓN: La religión de una sociedad es un reflejo inherente, no solo de su estilo de vida, sino también de su calidad de vida; y en algunas sociedades como la salvadoreña limita a las mujeres a buscar ayuda especializada referente a ciertos “cambios” que conlleva la menopausia. Tal es el ejemplo que a continuación se describe: una mujer de 48 años, miembro de una “iglesia X” fue cuestionada por su marido acerca de que si la menopausia le restaría el deseo sexual, ya que él había notado el rechazo de ella en los últimos meses, y aún peor, le sugirió el hecho de que la causa fuera por infidelidad, lo que estaba causando la falta de apetito sexual.

La falta de educación en las mujeres salvadoreñas, y el hecho de no tener libertad de expresión en cuanto al sexo, provoca este tipo de de conflictos, y por ende una exacerbación de los síntomas de la menopausia, al no encontrar una respuesta lógica a dichos trastornos.

E) PATRONES CULTURALES: El individuo aprende a vivir en sociedad en un proceso que se inicia desde el nacimiento. Al nuevo miembro del grupo se le enseña a convivir con sus semejantes mediante normas que le imponen, primero, el grupo familiar y, luego, el grupo de juego y el vecindario. Las normas son siempre imperativas, al niño se le imponen sin mayor explicación. Entre los patrones culturales que rigen la sociedad salvadoreña están El Machismo el cual se evidencia desde que nacemos ya que se recibe al niño clasificándolo en dos grupos humanos: “es varón” o “es una hembra”. Si es varón, será el señor de la casa, dará su nombre a la familia, poseerá su patrimonio, administrará la justicia e impondrá la disciplina; si es hembra, estará destinada al matrimonio será el ornamento de su marido, la madre de sus hijos, se ocupará de menudencias.

“El término machismo denota una relación zoológica entre personas, un estilo de vida fundado en el predominio abusivo del hombre sobre la mujer”²³

Indiscutiblemente al hablar de machismo se habla de sexo, en el mundo machista el sexo es inefable. No hay palabras decentes para referirse a él. La percepción de lo sexual como sucio y pecaminoso trae con sígo la prohibición de mencionarlo.

²³ José Humberto Velásquez. La Cultura del Diablo. Pág. 48.

No es por simple analogía que se dice que para los cristianos el sexo es un tabú, en realidad funciona como tal.

Con todo lo anterior se observa la relación directa que existe entre patrón cultural, patrón por cuanto configura formas de comportamientos comunes para todos y cultural por cuanto el conjunto de patrones reflejan el estilo de vida de una comunidad; y la religión y tabú que juntos constituyen un entorno estresante para la mujer menopáusica.

2.6 SÍNTOMAS.

A) AMENORREA: El síntoma más manifiesto de interrupción de la función ovárica cíclica es la amenorrea prolongada. La interrupción de la menstruación indica que la cantidad de estrógenos que producen los ovarios ya no es suficiente para promover la proliferación endometrial, y la ausencia de producción cíclica de progesterona se acompaña de hemorragia por supresión.

B) BOCHORNOS: Los síntomas clásicos que acompañan a la menopausia son los bochornos. Estos síntomas se describen como “periodos transitorios recurrentes de enrojecimiento facial, sudación y sensación de calor, se acompañan a menudo de palpitaciones y sensación de ansiedad y que en

ocasiones, van seguidos por escalofríos”.²⁴ La crisis completa no suele durar más que de uno a tres minutos, y pueden reaparecer hasta 30 veces al día, aunque probablemente lo haga cinco a diez veces al día. Además estos pueden ocurrir durante la noche y ejercen su efecto interrumpiendo los patrones del sueño.

C) TRASTORNOS DEL SUEÑO: Con el paso de la edad, en ambos sexos ocurren cambios en los patrones del sueño. Sin embargo, durante la transición menopáusica muchas mujeres experimentan dificultades crecientes para dormir e insomnio que parece estar relacionado con la deficiencia de estrógenos.

D) PROBLEMAS DE LA SALUD A LARGO PLAZO: Las concentraciones bajas de estrógenos tienen un efecto acumulativo sobre muchos tejidos, la deficiencia prolongada de éstos puede contribuir al desarrollo de trastornos reversibles, como atrofia genitourinaria (anexo N° 3), o trastornos más amenazadores para la vida e irreversibles, como enfermedad cardiovascular y osteoporosis. Por lo que la prevención e identificación oportuna son las piedras angulares de la conservación de la salud en las mujeres de este grupo de edad.

E) CAMBIOS VAGINALES Y DE LAS VÍAS URINARIAS: Se sabe que el tejido vaginal y los tejidos de la uretra y la base de la vejiga son sensibles a los

²⁴ Jonathan, Berek Ginecología de NOVAK. Pág. 991.

estrógenos. Dentro de los cuatro a cinco años siguientes a la menopausia, la mayoría de las mujeres desarrollan atrofia sintomática. Entre los síntomas vaginales se encuentran sequedad, dispareunia e infecciones vaginales recurrentes; los síntomas urinarios pueden consistir en disuria, necesidad urgente de orinar e infecciones recurrentes de vías urinarias, esta última relacionada con pielonefritis crónica. El acortamiento uretral que acompaña a los cambios atróficos de la posmenopáusica puede originar incontinencia urinaria.

F) SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: La deficiencia de estrógenos parece tener un efecto sobre el sistema nervioso central ya que las mujeres perimenopáusicas suelen experimentar dificultades para concentrarse y pérdida de la memoria a corto plazo. “Los estrógenos parecen ejercer efectos directos sobre la función mental, y se ha demostrado que el tratamiento de restitución mejora tanto la memoria a corto plazo como la función psicológica en las mujeres posmenopáusicas”.²⁵

G) ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: Las enfermedades cardiovasculares se han relacionado con causas múltiples, la más importante de ellas la edad, y el riesgo relativo para las mujeres aumenta de manera importante después de la menopausia, por lo que es esencial estar al tanto de

²⁵ Ibidem, Pág. 993

los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular que se pueden prevenir, y animar a las mujeres para volverlos mínimos. “Uno de los factores de riesgo más extendido y tratable después de la menopausia es la hipoestrogenemia. Antes se creía que, por sí sola, la edad explicaba el aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular observado después de la menopausia. Datos recientes indican que la deficiencia de estrógenos incrementan un grado importante el riesgo, y que éste se puede reducir mediante tratamiento de restitución de estrógenos”.²⁶

H) OSTEOPOROSIS: La relación entre la menopausia y la osteoporosis se ha establecido con claridad, y la tasa de pérdida de hueso aumenta en grado importante en el momento de la menopausia, la incidencia máxima de las fracturas relacionadas con la osteoporosis parece ocurrir varios decenios después.

2.7 ASPECTOS DIAGNÓSTICOS.

A partir de los 40 años de edad, la conservación sistemática de la salud debe incluir investigación de los problemas relacionados con los cambios hormonales. De manera sistemática deben plantearse preguntas en cuanto a

²⁶ Ídem.

los cambios de la función menstrual, la hemorragia anormal, los bochornos, los trastornos del sueño y la función sexual. En estos casos son de gran importancia la identificación oportuna de los problemas perimenopáusicos y la intervención apropiada.

A) HEMORRAGIA ANORMAL: Se ha estimado que, durante la transición menopáusica, ocurren irregularidades menstruales en más de la mitad de todas las mujeres. La hemorragia puede ser irregular, intensa o prolongada, y en la mayor parte de los casos está relacionada con los ciclos anovulatorios. Este trastorno de los patrones menstruales se atribuye a la disminución gradual del número de los folículos normalmente funcionales. En todas las mujeres que experimentan hemorragia uterina anormal debe sospecharse cáncer endometrial, ya que los precursores del cambio maligno, como la hiperplasia endometrial compleja, se vuelven más frecuentes durante la transición menopáusica.

B) VALORACIÓN: 1) Muestreo endometrial. No se insistirá demasiado en la importancia de la biopsia endometrial en las mujeres que experimentan hemorragia uterina anormal durante la transición menopáusica y después de la menopausia. “Aunque antes la dilatación con legrado era el método de muestreo preferido, en la actualidad se acepta que la biopsia endometrial tiene la misma precisión. Por este motivo, este último procedimiento debe ser la

primera medida para la asistencia de la hemorragia uterina anormal en la paciente perimenopáusica”.²⁷ 2) Ultrasonido vaginal. Muchos de los casos en los que se toma biopsia endometrial se reporta tejido insuficiente para establecer el diagnóstico. Antes, cuando se disponía de pocas opciones diagnósticas, esta situación justificaba el legrado uterino. “Hoy en día si la cantidad de tejido obtenido en la biopsia endometrial es insuficiente para el diagnóstico, podrá efectuarse ultrasonografía endometrial para obtener información adicional”.²⁸ 3) Histeroscopia. Esta técnica permite la inspección visual de la cavidad endometrial con biopsia dirigida.

2.8 TRATAMIENTO DE RESTITUCIÓN DE ESTRÓGENOS.

Muchos investigadores han considerado la deficiencia de estrógenos como un estado fisiológico más que patológico, probablemente porque la insuficiencia ovárica es un problema que se encuentra establecido de manera genética. Al aumentar la esperanza de vida de las mujeres, sin embargo, el impacto negativo de la deficiencia prolongada de estrógenos se vuelve más importante, y como consecuencia de los riesgos para la salud que acompañan a esta deficiencia, deberá ofrecerse tratamiento de restitución a todas las mujeres posmenopáusicas.

²⁷ Íbidem, Pág. 996

²⁸ Ídem

Existen indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento de restitución de estrógenos: A) Indicaciones. Menopausia, bochornos, atrofia vaginal, síntomas de vías urinarias, riesgo elevado de osteoporosis (antecedentes familiares, fumadoras de cigarrillo, peso corporal bajo y pruebas radiográficas), riesgo elevado de enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio o angina de pecho previos, hipertensión arterial, antecedentes familiares y fumadoras de cigarrillos). B) Contraindicaciones absolutas. Embarazo, hemorragia uterina o no diagnosticada, tromboflebitis activa, enfermedad actual de vesícula biliar y hepatopatía. C) Contraindicaciones relativas. Antecedentes de cáncer mamario, antecedentes de tromboflebitis recurrente o enfermedad tromboembólica.

2.9 SELECCIÓN DEL PREPARADO ESTROGÉNICO.

1) ESTRÓGENOS ORALES: Todos los preparados orales de estrógenos tienen efecto similar y ninguno ha demostrado una ventaja particular los cuales tienen un efecto más benéfico en las lipoproteínas, ya que disminuyen el colesterol total y aumentan la fracción de lipoproteínas de alta densidad del colesterol.

2) **ESTRÓGENOS TRANSDÉRMICOS:** estos evitan los efectos hepáticos adversos que ocurren con la administración oral. Como resultado tienen utilidad especial cuando hay preocupación en cuanto a la tendencia trombótica o el antecedente de hipertensión inducida por anticonceptivos orales.

3) **ESTRÓGENOS VAGINALES:** A menudo son eficaces las dosis bajas de estos preparados en mujeres con atrofia genitourinaria.

4) **ESTRÓGENOS INYECTABLES:** evitan los efectos hepáticos de los preparados orales. Sin embargo la vía de administración constituye una desventaja, ya que, una vez administrado el fármaco no puede detenerse su acción si aparece un problema.

5) **COTRATAMIENTO PROGESTACIONAL:** los estrógenos sin oposición estimulan al endometrio y pueden causar hiperplasia, hemorragia uterina anormal, cáncer endometrial y la necesidad de histerectomía. La adición de un progestágeno puede revertir el efecto estimulante de los estrógenos sobre el endometrio.

2.10 OTRAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO.

1) PSICOTERAPIA: “Es la aplicación planificada y documentada de las técnicas derivadas de los principios psicológicos establecidos, llevada a cabo por personas calificadas y entrenadas en la comprensión de estos principios y en la aplicación de estas técnicas, con la intención de ayudar a los individuos a modificar aquellas características personales tales como: sentimientos, valores, actitudes y conductas; que son juzgadas como inadaptadas o desajustadas”.²⁹

Hay tres tipos de psicoterapia: terapia conductual, terapia cognitiva y la terapia interpersonal, las cuáles se concentran en conocimientos actuales, en los pensamientos y creencias del paciente, y en las relaciones actuales respectivamente.

2) ESTILOS DE VIDA Y NUTRICIÓN DURANTE LA MENOPAUSIA: Esto implica aumentar la actividad física, hacer ejercicios, ingerir alimentos que contengan proteína de soya, calcio y vitamina D.

3) BENEFICIO DEL EJERCICIO: Ayuda a aumentar la autoestima , la energía, mejora el perfil de las grasas en la sangre y sobretodo fortalece los huesos y aumenta la densidad de masa ósea.

²⁹ Ricardo Toro y Luís Yepes. Psiquiatría. Págs. 631 a 632.

4) LA DEPRESIÓN Y LA FAMILIA: Ésta última tiene que comprender y brindar apoyo, brindarle cariño, no criticarle, no decirle nada que empeore la mala imagen que ya tiene. Se debe tratar de mantener la relación lo más normal posible, acompañarla a las visitas médicas y unirse a un grupo de apoyo.

2.11 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

AMENORREA: Ausencia de menstruación en la mujer en edad fértil.

ANDRÓGENO: Sustancia que posee acción masculinizante, que tiende a producir descendencia masculina y no femenina.

ANOVULATORIO: Función neuroendocrinológica alterada produciendo falta persistente de ovulación.

ANSIEDAD: Estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse.

ATROFIA: Disminución del tamaño de la célula por una pérdida de sustancias celulares.

BOCHORNOS: Sensación de olas de calor corporal generalizada y sudoración nocturna.

CLIMATERIO: Período de transición del estado reproductivo al no reproductivo.

CREENCIA: Acción de creer en la verosimilitud o en la posibilidad de una cosa.

DISPAREUNIA: Dolor recurrente o persistente durante el coito.

DISURIA: Micción difícil o dolorosa.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA: Estado morboso en que se produce el bloqueo de un vaso sanguíneo por un émbolo arrastrado por la corriente sanguínea desde su punto de formación.

FERTILIDAD: capacidad de reproducirse.

GONADOTROPINAS: Sustancia que se produce en las células gonadotrópicas de la hipófisis anterior, encargadas de la estimulación folicular ovárica.

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL: Alteración patológica en el patrón normal del flujo menstrual debido a un desequilibrio endocrino.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Elevación sostenida de la presión arterial por arriba de 140/90 mmHg, que coloca al paciente en riesgo alto de daño a órgano blanco en varios lechos vasculares, por ejemplo, la retina, el cerebro, el corazón, los riñones y las grandes arterias.

HISTERECTOMÍA: Extirpación quirúrgica del útero.

HORMONA ESTIMULANTE DEL FOLÍCULO: Glucoproteína que regula la secreción de esteroides sexuales en el ovario.

INCONTINENCIA URINARIA: pérdida involuntaria de orina por fracaso del control voluntario del esfínter vesical.

INSOMNIO: Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido toda la noche.

IRREGULARIDAD MENSTRUAL: Flujo menstrual prolongado y sangrado intermenstrual.

IRRITABILIDAD: Capacidad anormal de reacción a los estímulos ligeros.

LEGRADO: Procedimiento quirúrgico que permite la evacuación del contenido uterino con fines diagnósticos y terapéuticos.

LIBIDO: Energía psíquica o impulso instintivo que se asocia al deseo sexual.

MITO: Intenta explicar la realidad mediante relatos verosímiles pero indemostrables.

NULÍPARA: Mujer que nunca completo un embarazo más allá de un aborto.

OSTEOPOROSIS: enfermedad esquelética generalizada que se caracteriza por una disminución en la masa ósea con deterioro de su microarquitectura, lo cual implica un incremento en la fragilidad del hueso y el riesgo de fractura.

OVULACIÓN: Expulsión de un óvulo del ovario por rotura espontánea de un folículo maduro dentro del ciclo ovárico y como consecuencia de la función endocrina de la hipófisis.

PATRÓN CULTURAL: Conjunto de normas que regula el comportamiento del individuo y del grupo en un sector de las relaciones sociales.

PERIMENOPAUSIA: Periodo inmediatamente anterior a la menopausia; para fines prácticos, se sitúa a partir de los 40 años de edad cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y, como mínimo, el primer año siguiente a la menopausia.

POSMENOPAUSIA: Periodo que comienza a partir de la menopausia en el cual hay una relativa quietud ovárica que dura más de la tercera parte de la vida promedio de la mujer.

SIGNO: Manifestaciones objetivas de enfermedad.

SÍNDROME CLIMATÉRICO: Pérdida de la capacidad de ajustarse a las condiciones que presenta el medio, por una pérdida de la homeostasis de neurotransmisores como prostaglandinas, serotonina, dopamina y endorfinas, y el desequilibrio que aparece por la falla ovárica.

SÍNTOMA: Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.

TABÚ: Prohibición de carácter mágico-religioso que puede afectar a personas, cosas lugares o circunstancias.

TROMBOFLEBITIS: Inflamación de una vena, acompañada a menudo de un trombo.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1 HIPÓTESIS GENERAL.

H_i: Los factores socioeconómicos y culturales inciden en la exacerbación de la sintomatología en las mujeres menopáusicas que consultan en las Unidades de Salud en estudio.

H_o: Los factores socioeconómicos y culturales no inciden en la exacerbación de la sintomatología en las mujeres menopáusicas que consultan en las Unidades de salud objeto de investigación.

3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

H₁: El perfil sintomatológico más frecuente en las mujeres menopáusicas son: Bochornos, cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad e irritabilidad), cefalea, alteraciones del sueño, irregularidad menstrual y osteoartralgias.

H_o: El perfil sintomatológico más frecuente en las mujeres menopáusicas no son: Bochornos, cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad e

irritabilidad), cefalea, alteraciones del sueño, irregularidad menstrual y osteoartralgias.

H₂: El nivel socioeconómico afecta a la mujer menopáusica para presentar un cuadro sintomatológico.

H₀: El nivel socioeconómico no afecta a la mujer menopáusica para presentar un cuadro sintomatológico.

H₃: El nivel cultural incide en la sintomatología de la mujer menopáusica.

H₀: El nivel cultural no incide en la sintomatología de la mujer menopáusica.

H₄: La estabilidad familiar influye en la intensificación de síntomas de la edad menopáusica.

H₀: La estabilidad familiar no influye en la intensificación de síntomas de la edad menopáusica.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	INDICADORES
------------------	------------------	---	--------------------

<p>HIPÓTESIS</p> <p>GENERAL: Los factores socioeconómicos y culturales influyen en la exacerbación de la sintomatología en la mujer menopáusica que consultan en las Unidades de Salud de Jucuapa</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores socioeconómicos y culturales.</p>	<p>* Los factores sociales se definen como todos aquellos factores relacionados con el estilo de vida de una población; los cuales influyen en la salud de ésta, calidad de vida, necesidades básicas ,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educación - Asistencia en salud - Estabilidad familiar - Área geográfica
<p>HIPÓTESIS</p>	<p>VARIABLES</p>	<p>DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES</p>	<p>INDICADORES</p>

<p>Y Moncagua en el período de julio a septiembre de 2,004</p>		<p>medio ambiente y genética.</p> <p>*Los factores económicos proporcionan mediante la producción, distribución, cambio y consumo la satisfacción de las necesidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Empleo. - Ingresos
<p>HIPÓTESIS</p>	<p>VARIABLES</p>	<p>DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES</p>	<p>INDICADORES</p>

		<p>* Los factores culturales se encargan de cultivar los conocimientos humanos y de afinar las facultades intelectuales del hombre poniéndolas en práctica, asegurando de esta forma la continuidad de la transmisión de ideas y costumbres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creencias - Mitos - Patrones culturales - Religión - Tabúes.
--	--	---	--

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	INDICADORES
	<p>VARIABLE DEPENDIENTE: Sintomatología en la menopausia.</p>	<p>Son todas aquellas manifestaciones subjetivas, que son percibidas exclusivamente por la usuaria en esta etapa de la vida; como por ejemplo: bochornos, depresión, ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bochornos - Insomnio - Depresión - Ansiedad - Irritabilidad - Cefalea - Irregularidad Menstrual - Osteoartralgias.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

A) Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, este estudio fue **prospectivo** ya que se registró la información según fueron ocurriendo los sucesos en estudio, es decir la menopausia y los factores relacionados.

B) Según el período y secuencia del estudio, fue de tipo **transversal** debido a que se estudiaron las variables (factores socioeconómicos y culturales, y la sintomatología en la mujer menopáusica) simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo, ya que se realizó en el periodo comprendido de Julio a Septiembre de 2,004.

C) Según el análisis y alcance de los resultados se trató de un estudio **analítico** ya que el diseño parte de la causa o variable condicionante hacia el efecto o resultado, en ese caso los factores socioeconómicos y culturales constituyen la variable condicionante y la menopausia el resultado.

4.2 UNIVERSO.

Las poblaciones totales de los municipios de Jucuapa y Moncagua fueron de aproximadamente 16,652 y 18,875 respectivamente; de estos 1,149 y 1,200 en los mismos órdenes antes mencionados fueron mujeres entre las edades de 45 a 55 años, haciendo un total de 2,349 mujeres en edad menopáusica; que constituyeron el universo poblacional.

4.3 MUESTRA.

Para realizar esta investigación se decidió recopilar la información a través de un estudio piloto (anexo 3), el cual consistió en un ensayo preliminar del instrumento final; dicho ensayo se realizó de lunes a jueves en la tercera semana de junio de 2,004, dirigido a todas las pacientes que consultaron a las unidades de salud de Jucuapa y Moncagua y que oscilaron entre las edades e 45 a 55 años.

El total de personas encuestadas fue de 13 mujeres, de las cuales 11 coincidieron en que existían factores que exacerbaban la sintomatología menopáusica y 2 respondieron que dichos factores no influían en dicho cuadro.

Por lo que la probabilidad de éxito simbolizada por $P = 11/13 = 0.85$ y la probabilidad de fracaso denotada por $Q = 2/13 = 0.15$.

Con la estimación de estos valores se determinó el tamaño de la muestra aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{(N - 1) E^2 + Z^2 \times P \times Q}$$

Donde:

N = Tamaño del universo poblacional.

Z = Valor de la curva normal con un nivel de confianza del 95%.

P = Probabilidad de éxito en la muestra.

Q = Probabilidad de fracaso en la muestra.

E = Error muestral.

Datos:

N = 2349

Z = 1.96

P = 0.85

Q = 0.15

E = 0.05

Sustituyendo todos estos valores en la fórmula se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.85 \times 0.15 \times 2,349}{(2,349 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.85 \times 0.15}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.85 \times 0.15 \times 2,349}{(2,348) (0.0025) + 3.84 \times 0.85 \times 0.15}$$

$$n = \frac{1150.07}{5.87 + 3.84 \times 0.85 \times 0.15}$$

$$n = \frac{1150.07}{5.87 + 0.44}$$

$$n = \frac{1150.07}{6.31}$$

$n = 182.26 \approx 182$ mujeres en edad menopáusica.

Siendo 182 mujeres en edad menopáusica a las que se le realizó el estudio, considerando excluir dentro de este aquellas mujeres que presentaban concomitantemente una patología sistémica crónica como por ejemplo: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad de la Tiroides, Asma Bronquial, Obesidad, pacientes sometidas a Cirugía Ginecológica y Trastornos Psiquiátricos; incluyendo todas aquellas usuarias en que la menopausia se desarrolla como un fenómeno natural.

Para determinar el número de mujeres que se estudiaron en cada Unidad de Salud, se utilizaron los datos ya recabados que establecen que: El número de mujeres que oscilaban entre las edades de 45 a 55 años en la Unidad de Salud de Jucuapa era de 1,149 y en la Unidad de Salud de Moncagua de 1,200 mujeres.

Con base a lo anterior se aplicó el siguiente procedimiento:

N = Universo poblacional

n = Muestra

n_1 = Sub-muestra de Unidad de Salud de Jucuapa.

n_2 = Sub-muestra de Unidad de Salud de Moncagua.

$$n_1 = \frac{N_1}{N} \times n$$

$$n_2 = \frac{N_2}{N} \times n$$

Sustituyendo:

$$N = 2,349$$

$$n = 182$$

$$N_1 = 1,149$$

$$N_2 = 1,200$$

$$n_1 = \frac{1,149}{2,349} \times 182 = 0.489 \approx 0.49 \times 182 = 89.18 \approx 89$$

$$n_2 = \frac{1,200}{2,349} \times 182 = 0.51 \times 182 = 92.82 \approx 93$$

Concluyendo:

En la Unidad de Salud de Jucuapa se encuestaron 89 mujeres y en la Unidad de Salud de Moncagua 93 mujeres.

4.4 TIPO DE MUESTREO.

Para esta investigación el tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico por conveniencia.

El proceso para llegar a decidir que tipo de muestreo se utilizó se realizó por exclusión de la siguiente manera: Los tipos de muestreo pueden ser probabilísticos y no probabilísticos.

Existen diferentes formas de extraer una muestra probabilística entre las más utilizadas están: Muestreo aleatorio simple, sistemático, estratificado y conglomerado, este último por la forma de elegir la muestra (estratos – conglomerados) se tiende a creer que es lo mismo que el estratificado.

No probabilístico. Entre este tipo de muestreo se citan: por conveniencia y por cuotas.

Para que un muestreo sea probabilístico es requisito que todos y cada uno de los elementos de la población tengan la misma probabilidad de ser seleccionados, ya que en este caso el universo es grande y esto impide contar una lista real de los elementos de la población (en este caso las 2,349 mujeres menopáusicas pertenecientes a los municipios en estudio) lo que impide que cada uno de ellos tenga la misma probabilidad de selección.

Por lo expuesto anteriormente se concluyó que el tipo de muestreo que se aplicaría a este estudio es el no probabilístico, por conveniencia o accidental, porque no es aleatorio, razón por la que se desconoce la probabilidad de selección de cada unidad del universo y permitió tomar los casos que estaban disponibles en ese momento, siendo más específicos, esto permitió seleccionar a las primeras 182 mujeres menopáusicas que consultaron en ambas Unidades de Salud de Lunes a Jueves de los meses de Julio a Septiembre de 2,004.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

En las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos están: La documental y la de campo.

A) DOCUMENTAL. Bibliográfica, hemerográfica y escrita. A partir de estas se obtuvieron información de libros, revistas, direcciones electrónicas y los expedientes clínicos de las usuarias.

B) DE CAMPO. En esta se utilizó: **La observación**, ya que permitió plasmar mediante una cámara fotográfica el momento exacto de la ejecución del estudio. También se utilizó la **encuesta**; la cual permitió un contacto directo con el informante y a la vez brindó la posibilidad de recabar más datos y de aclarar dudas sobre las preguntas formuladas en relación al fenómeno en estudio.

4.6 INSTRUMENTOS.

Entre los instrumentos que se utilizaron están:

Las fichas bibliográficas, hemerográficas y archivológicas; como instrumento del estudio de campo.

También se construyó una cédula de entrevista que estaba constituida por 23 preguntas tanto cerradas como abiertas, que nos permitió recopilar información sobre el fenómeno en estudio. (Anexo N° 4).

Existía una pregunta en particular, dentro de esta cédula de entrevista, que investigó el nivel de estrés que sufría la usuaria en determinada etapa de su vida, y la relación que este episodio tenía con la exacerbación de la sintomatología menopáusica; el principio básico de esta escala es que los sucesos de la vida estaban dados en peso numérico (unidades de cambio en la vida) se añadían juntos para cuantificar el cambio de las experiencias de una persona durante una secuencia temporal. Para ser considerado un episodio capaz de producir un cambio en el estilo de vida de la persona debía tener un puntaje igual o mayor a 350 puntos, que es la suma de todos los eventos traumáticos de acuerdo a la escala de readaptación social. (Anexo N° 5)

4.7 PROCEDIMIENTO.

El estudio se realizó en un periodo de 10 meses, partiendo desde la planificación, la ejecución, hasta llegar al informe final, lo cual se resume en el cronograma de actividades. (Anexo N° 1)

La primera etapa constituyó la planificación la cual se inició desde la búsqueda del tema a estudiar, tratando de utilizar un criterio más amplio acerca de la importancia y trascendencia del mismo, por lo que se decidió estudiar la menopausia y los factores que pueden exacerbar su sintomatología, aplicada a

las usuarias que visitaban las Unidades de Salud de Jucuapa y Moncagua en el período de julio a septiembre de 2,004.

Se asignó el docente director, con quién se realizaron reuniones periódicas para afinar el estudio, así como las reuniones semanales con la Licenciada de metodología.

Alrededor del tercer mes de investigación resultó necesaria la dirección de alguien especializado en el área estadística para empezar a formular las hipótesis así como el diseño metodológico.

En primer lugar se realizó el Perfil de Investigación en donde se presentó una panorámica general del estudio, posteriormente el Protocolo de Investigación donde se plasman los fundamentos así como el desarrollo completo de la investigación, que de igual manera se resume en los cronogramas de acuerdo al tiempo en que se realizaron cada una de las actividades. (Anexo N° 2)

Dado que la población de mujeres entre las edades de 45 a 55 años en ambas comunidades en estudio hacían un total de 2,349 mujeres, se decidió realizar una encuesta piloto (Anexo N° 3) en la segunda semana de Junio en la

que se logró entrevistar a 13 mujeres, de las cuales 11 apoyaron la hipótesis en cuestión y el resto contestó que no afectaban al cuado.

Con estos datos se prosiguió a elegir la muestra mediante un método estadístico resultando 182 usuarias a quienes se les pasaría la encuesta (Cédula de Entrevista).

Posteriormente se dividió la cantidad en cada Unidad de Salud mediante operaciones estadísticas quedando un total de 89 y 93 entrevistas en las Unidades de Salud de Jucuapa y Moncagua, respectivamente.

Con todo esto se dio paso a la ejecución de la investigación, utilizando una Cédula de Entrevista que contenía preguntas encaminadas a conocer el fenómeno en estudio la cual se realizó a partir de la primera semana de julio de Lunes a Jueves hasta el mes de Septiembre de 2,004; se encuestaron a las primeras 182 usuarias entre las edades de 45 a 55 años, tomando en cuenta los criterios de exclusión mencionados anteriormente en la muestra; se consideró la cédula de entrevista ya que esta permitió tener un contacto directo con las usuarias, siendo esta la mejor manera de interactuar con ella y recabar la información de una manera más correcta.

Dentro de estas interrogantes existía una en la que se valora el nivel de estrés que en determinado momento de su vida atraviesa la paciente y la relación que este tenía con la exacerbación de la sintomatología menopáusica, por lo que se echó mano de una tabla de readaptación social.

Posteriormente, después de haber recabado los datos mediante la cédula de entrevista y la escala de readaptación social, se fijaron las fechas para las reuniones que se realizaron con el asesor estadístico, para dar paso a través de las indicaciones de éste a la tabulación, análisis e interpretación de los resultados.

Finalmente, se realizó la elaboración de las conclusiones y recomendaciones y se procedió a la presentación oral de los resultados, y a presentar el informe final.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos de la investigación factores que inciden en la exacerbación de la sintomatología en mujeres menopáusicas que consultan en las Unidades de Salud de Jucuapa, Usulután y Moncagua, San Miguel, los cuales fueron tabulados para su posterior análisis e interpretación

En cada uno de los cuadros se presentan los resultados por sectores, así como la relación que existe entre los diferentes factores estudiados y la sintomatología presente en las mujeres entrevistadas.

De igual manera los resultados se muestran de una manera gráfica para una mejor comprensión de estos.

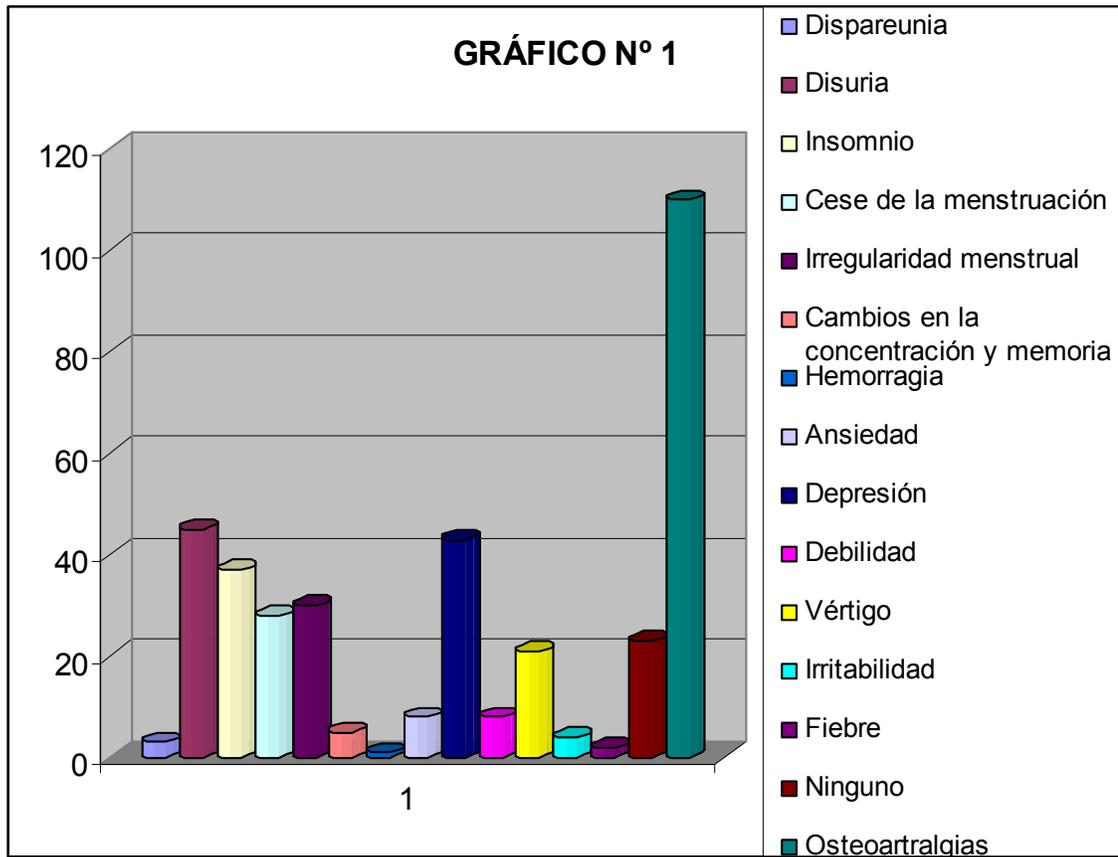
CUADRO N° 1

¿EN ESTA ETAPA DE SU VIDA QUE SÍNTOMA HA PRESENTADO?

SÍNTOMAS	F	%
cefalea	79	15.76
Bochornos	63	12.57
Dispareunia	3	0.59
Disuria	45	8.98
Insomnio	37	7.38
Cese de la Menstruación	28	5.58
Irregularidad Menstrual	30	5.98
Cambios en la concentración y memoria	5	0.99
Hemorragia	1	0.19
Ansiedad	8	1.59
Depresión	34	6.78
Debilidad	8	1.59
Vértigo	21	4.19
Irritabilidad	4	0.79
Fiebre	2	0.39
Ninguno	23	4.59
Osteoartralgias	110	21.95
Total	501*	99.89

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

*El total sobrepasa el número de mujeres entrevistadas por que estas respondieron más de una alternativa



Fuente cuadro N° 1

Análisis:

De acuerdo a lo reflejado anteriormente se puede decir que la sintomatología presente en las mujeres en estudio, desde la más frecuente a la menos frecuente siguen el siguiente orden osteoartralgias, cefalea, bochornos, disuria, insomnio, depresión, irregularidad menstrual, cese de la menstruación, vértigo, ansiedad, debilidad, cambios en la concentración y memoria, dispareunia, hemorragia, y que una cantidad de 23 (4.59%) mujeres dijo no

tener ningún síntoma, además se puede observar que el total sobrepasa la muestra debido a que la mayoría de mujeres afirmaron presentar más de un síntoma.

Interpretación:

De acuerdo a los datos encontrados se observa la cantidad de síntomas que pueden afectar a la mujer menopáusica y que el perfil sintomatológico descrito en la hipótesis específica H1 concuerda con lo obtenido en la investigación, de igual manera se puede ver que un porcentaje bajo dijo no tener ningún síntoma.

CUADRO N° 2

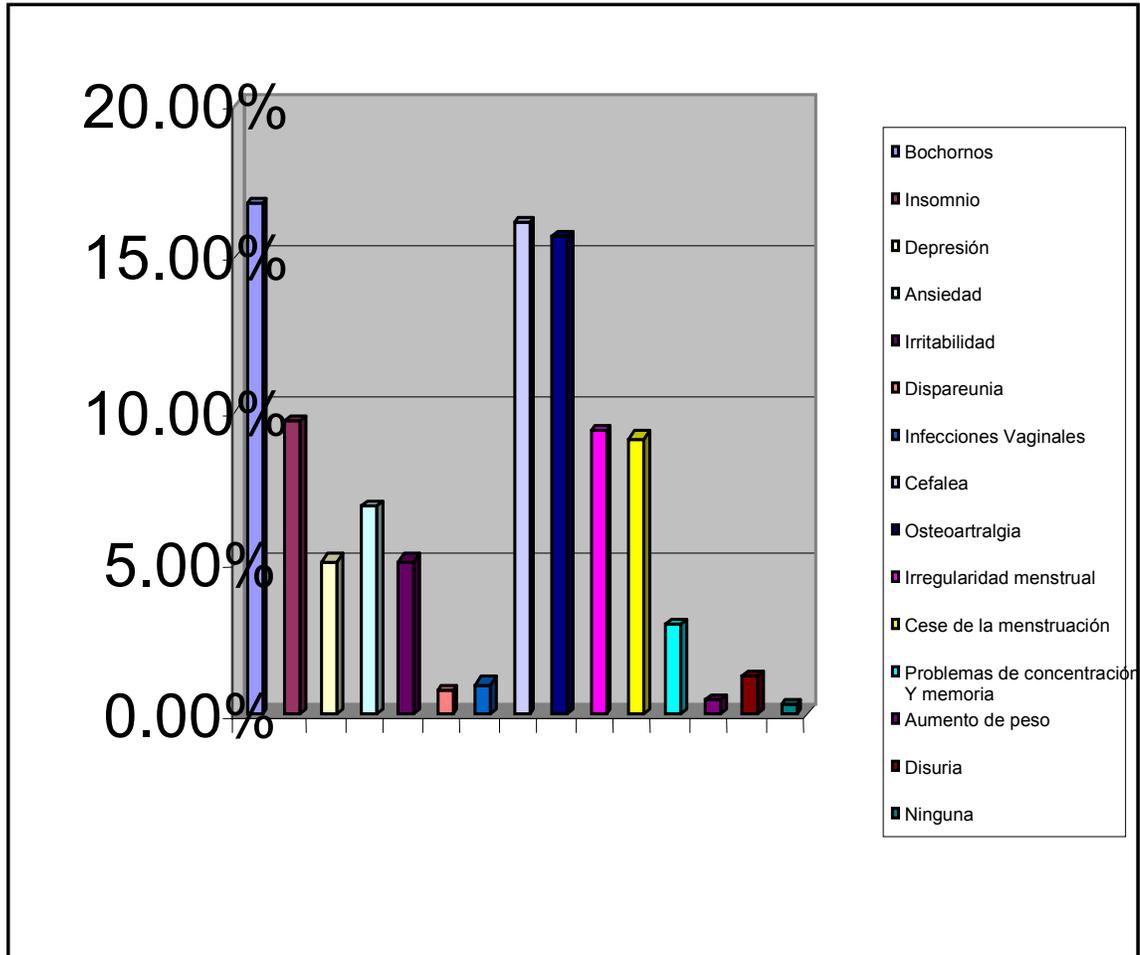
¿HA SENTIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

SÍNTOMAS	F	%
Bochornos	133	16.75
Insomnio	76	9.57
Depresión	40	5.03
Ansiedad	54	6.80
Irritabilidad	40	5.03
Dispareunia	6	0.75
Infecciones Vaginales	8	1.00
Cefalea	128	16.12
Osteoartralgia	124	15.62
Irregularidad menstrual	74	9.32
Cese de la menstruación	72	9.06
Problemas de concentración y memoria	23	2.89
Aumento de peso	4	0.50
Disuria	10	1.25
Ninguna	2	0.25
Total	794*	99.94

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

*El total sobrepasa el número de mujeres entrevistadas por que estas respondieron más de una alternativa

GRÁFICO N° 2



Fuente: Cuadro N° 2

Análisis:

En el cuadro anterior se puede observar que la mayoría de mujeres (99.69%) presentan más de algún síntoma y que solo una mínima cantidad no presenta ninguno (0.25%).

Interpretación:

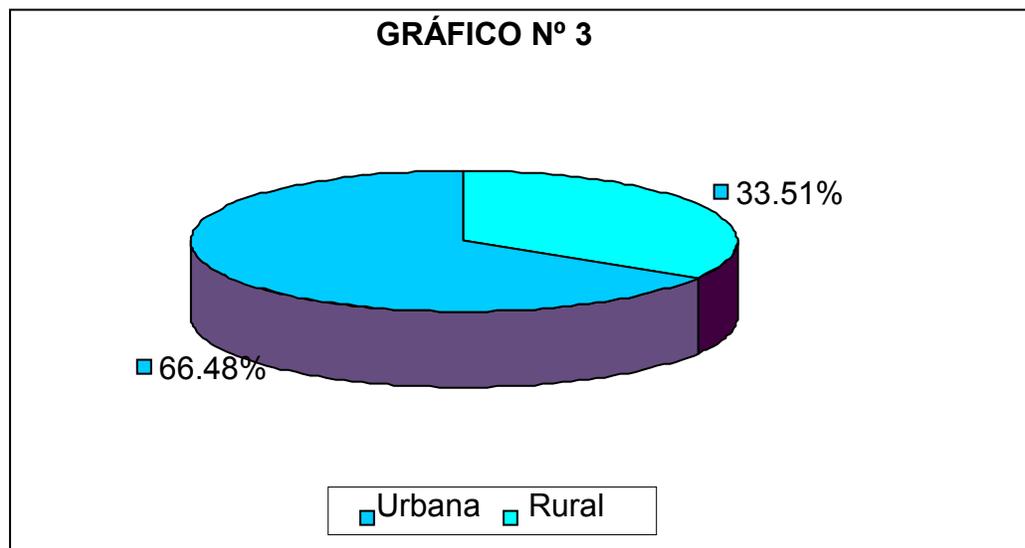
En el cuadro 2 se observa que la sintomatología presentada por un porcentaje alto de las mujeres, a quienes se les preguntó directamente los síntomas que constituyen el cuadro menopáusico, respondieron de acuerdo a lo planteado en la hipótesis específica H1

Si comparamos el cuadro 1 y 2 se observa que los síntomas más frecuentes, tanto los identificados por la usuaria, como los indicados en el momento de la entrevista incluyen bochornos, osteoartralgias, cefalea, insomnio, irregularidad menstrual, cese de la menstruación, ansiedad e irritabilidad; con lo que se cumple la hipótesis específica: El perfil sintomatológico más frecuente en la mujer menopáusica es: bochornos, cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad e irritabilidad), cefalea, alteraciones del sueño, irregularidad menstrual y osteoartralgias.

CUADRO N° 3
ÁREA GEOGRÁFICA

Área	F	%
Urbano	61	33.51
Rural	121	66.48
Total	182	99.99

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.



Fuente: Cuadro N° 3

Análisis:

Del total de la población estudiada que fueron 182 mujeres en edad menopáusica se obtuvieron los siguientes resultados: Que 61 (33.51%), provenían del área urbana y 121 mujeres (66.48%) provenían del área rural.

Interpretación:

La mayoría de pacientes que formó parte de la muestra en estudio, proviene del área rural, lo que hace afirmar que es la población que más consulta a las unidades de salud y además la que tiene menos acceso a la atención no solo en salud, sino a información sobre temas básicos como la menopausia.

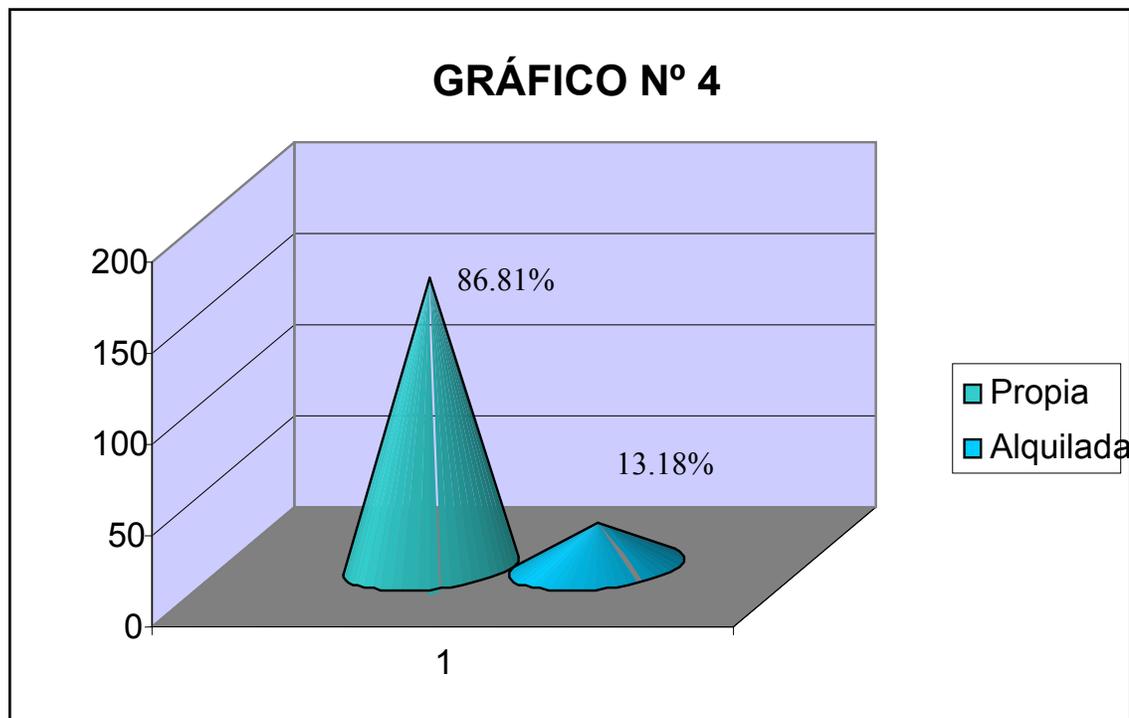
CUADRO N° 4

¿HABITA EN CASA PROPIA O ALQUILADA?

VIVIENDA	F	%
Propia	158	86.81
Alquilada	24	13.18
Total	182	99.99

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

GRÁFICO N° 4



Fuente: Cuadro N° 4

Análisis:

El cuadro expone el número de mujeres que poseen casa propia 158 (86.81%) y las que habitan casa alquilada 24 (13.18%).

Interpretación:

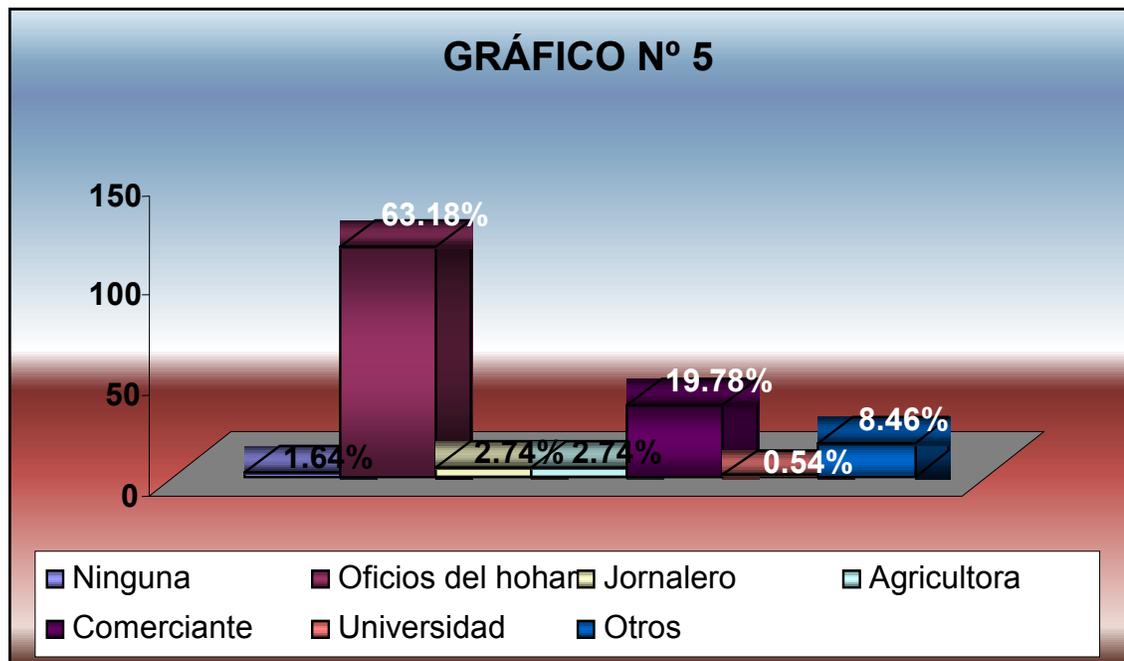
Esto permite comprobar que la mayoría posee un factor menos de estrés, al poseer un lugar seguro donde vivir, aunque a través del estudio, se recabo que la mayoría son viviendas que pertenecen a los padres paternos o maternos, lo que implica en muchos de los casos, compartir y no tener libertad de toma de decisiones en su propio hogar.

CUADRO N° 5

¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN ACTUAL?

OCUPACIÓN	F	%
Ninguna	3	1.64
Oficios del hogar	115	63.18
Jornalera	5	2.74
Agricultora	5	2.74
Comerciante	36	19.78
Universitaria	1	0.54
Partera, técnico, secretaria, nana	17	8.46
Total	182	99.03

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.



Fuente: Cuadro N° 5

Análisis:

El cuadro muestra la diversidad de ocupaciones que posee cada una de las mujeres entrevistadas presentada de la siguiente forma:

Ninguna ocupación 3 (1.64%), oficios del hogar 115 (63.18%), jornalera 5 (2.74%), Agricultora 5 (2.74%), comerciante 36 (19.78%), universitaria 1 (0.54%), otros (partera, técnico, secretaria, nana) 17 (8.46%).

Interpretación:

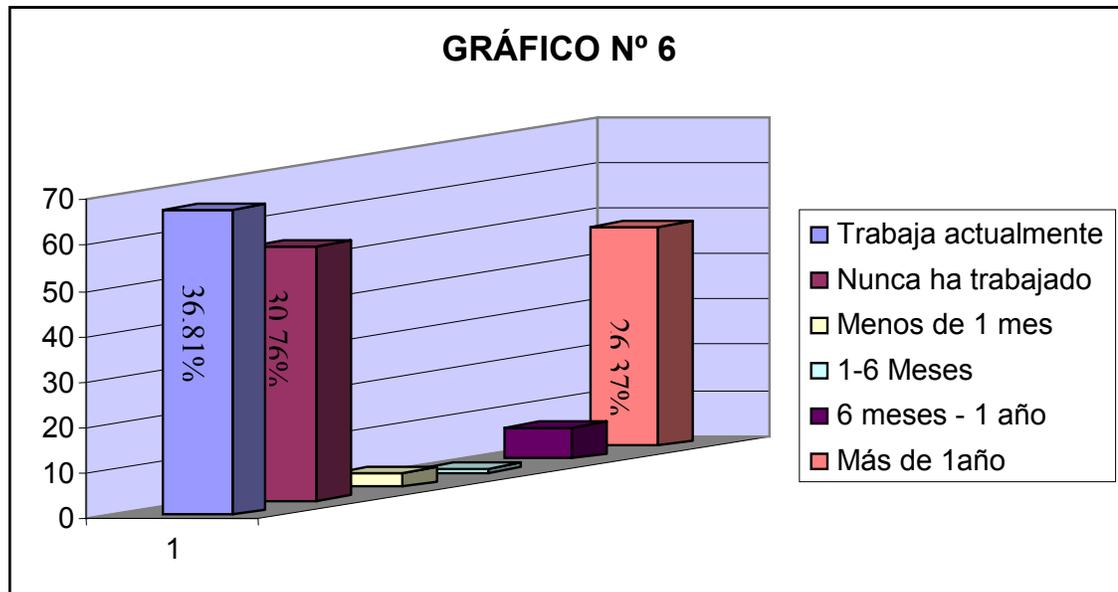
Se comprobó que la mujer en su gran mayoría sigue siendo una mano de obra no remunerada, que se limita a los oficios del hogar, lo que la hace disponer de un ingreso personal prácticamente nulo, impidiéndole tener acceso a una atención médica especializada en el caso que fuera necesario, y además no le permite sentirse una fuente productiva tanto para su familia como para la sociedad.

CUADRO N° 6

¿CUANDO TRABAJO POR ÚLTIMA VEZ?

OPINIÓN	F	%
Trabaja actualmente	67	36.81
Nunca ha trabajado	56	30.76
Menos de 1 mes	3	1.64
1-6 meses	1	0.54
6 meses-1 año	7	3.84
Más de 1 año	48	26.37
Total	182	99.96

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.



Fuente: Cuadro N° 6

Análisis:

El cuadro presentado enmarca el tiempo de trabajo de cada una de las mujeres encuestadas así: Trabaja actualmente 67 mujeres (36.81%), nunca ha trabajado 56 mujeres (30.76%), trabajo hace menos de 1 mes 3 mujeres (1.64%), trabajo hace 1 mes – 6 meses 1 mujer (0.54%) de 6 meses a 1 año 7 mujeres (3.84%) más de un año 48 mujeres (26.37%).

Interpretación:

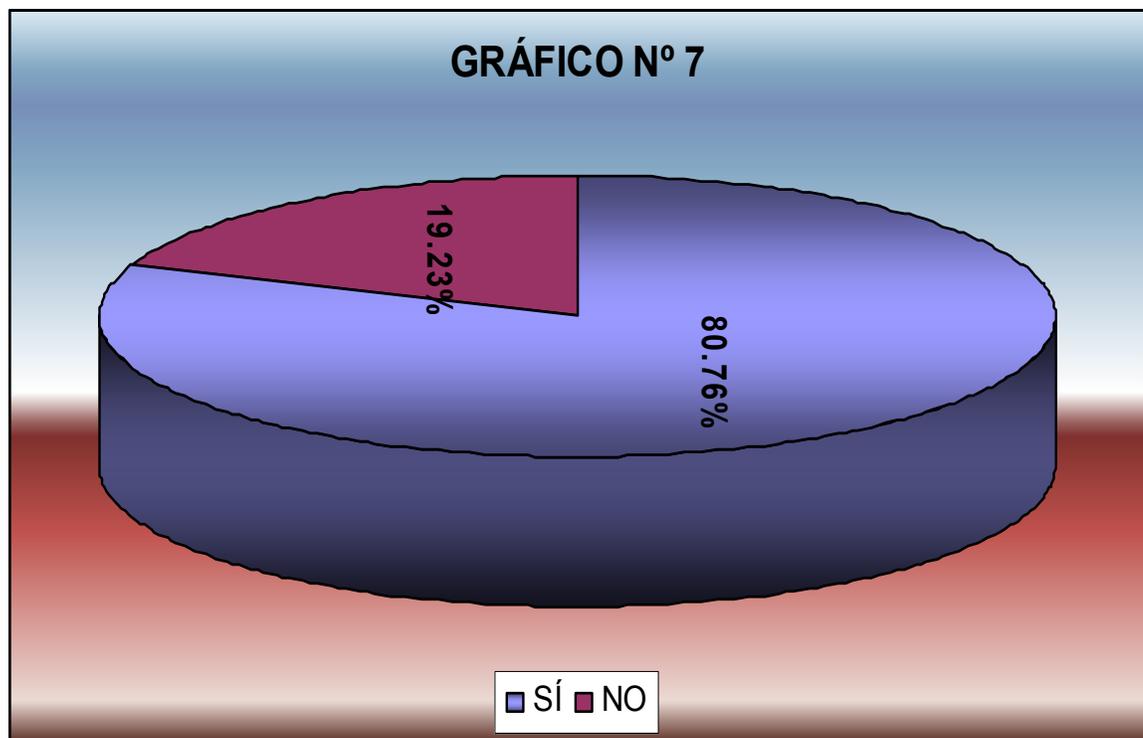
El número de mujeres que trabaja actualmente es menor, en relación a las que nunca han trabajado más las que tienen entre 1 mes y más de 1 año de no trabajar, lo que confirma lo descrito en el cuadro anterior, que se limita a la mujer a los cuidados del hogar y los hijos, por supuesto esta es una tarea invaluable, pero la mujer necesita sentirse útil no solo para su familia sino para la sociedad con la que vive.

CUADRO N° 7

¿RECIBE OTROS INGRESOS?

OPINIÓN	F	%
Si	147	80.76
No	35	19.23
Total	182	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio



Fuente: Cuadro N° 7

Análisis:

Este cuadro presenta el número de mujeres que recibe otros ingresos ya sea que trabaje o no, plasmado de la siguiente forma: Recibe otros ingresos 147 mujeres (80.76%), no recibe otros ingresos 35 mujeres (19.23%)

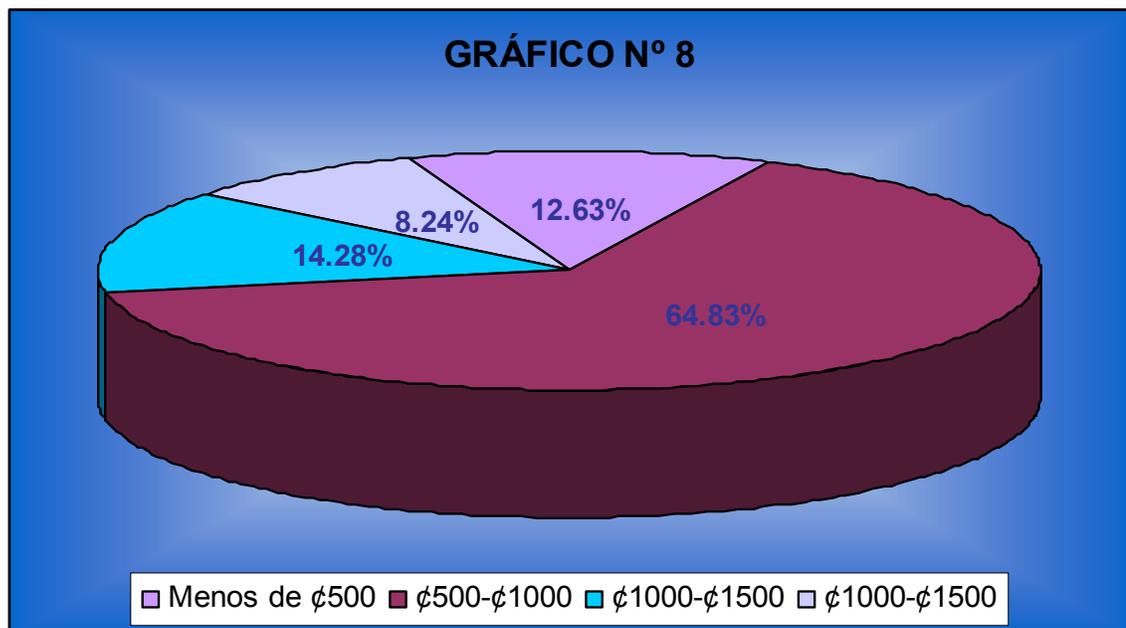
Interpretación:

Anteriormente se pudo observar que el número de mujeres que no percibe ingresos personales es mayor, por lo tanto depende de las entradas de su compañero de vida, o de sus hijos, situación que convierte a la mujer en una persona totalmente dependiente de otro, lo que en algunas ocasiones le resta poder de decisión, y la somete a las decisiones de los demás.

CUADRO N° 8
¿CUÁNTO ES EL INGRESO FAMILIAR?

INGRESO	F	%
Menos de ¢500	23	12.63
¢500-¢1000	118	64.83
¢1000-¢1500	26	14.28
Más de ¢1500	15	8.24
Total	182	99.98

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio



Fuente: Cuadro N° 8

Análisis:

El cuadro expone el ingreso familiar que percibe cada mujer entrevistada:

Con un ingreso menor de ¢500 tenemos 23 mujeres (12.63%), de ¢500-
¢1000 118 mujeres (64.83%), de ¢1000-¢1500 26 mujeres (14.28%), más de
¢1500 15 mujeres (8.24%)

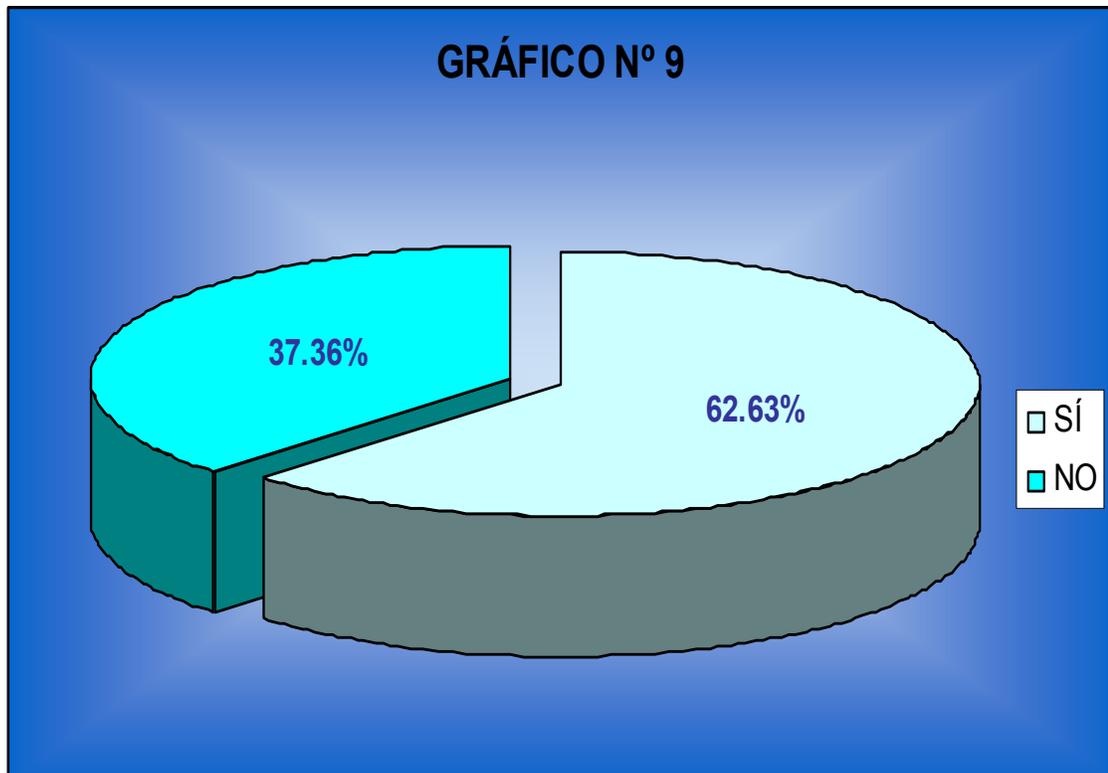
Interpretación:

El ingreso familiar de la mayoría de mujeres entrevistadas oscila entre ¢500-
¢1000, situación desalentadora para cubrir necesidades básicas como alimento
diario, luz eléctrica, agua potable, educación y salud, priorizando por supuesto
la salud de los hijos, limitando una vez más a la mujer a suplir sus necesidades
médicas cuando se necesiten.

CUADRO N° 9
¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

OPINIÓN	F	%
SI	114	62.63
No	68	37.36
Total	182	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio



Fuente: Cuadro N° 9

Análisis:

El cuadro expone el número de mujeres alfabetas entrevistadas que fue de 114 (62.63%) mujeres que saben leer y escribir, y 68 (37.36%) mujeres que no saben leer ni escribir.

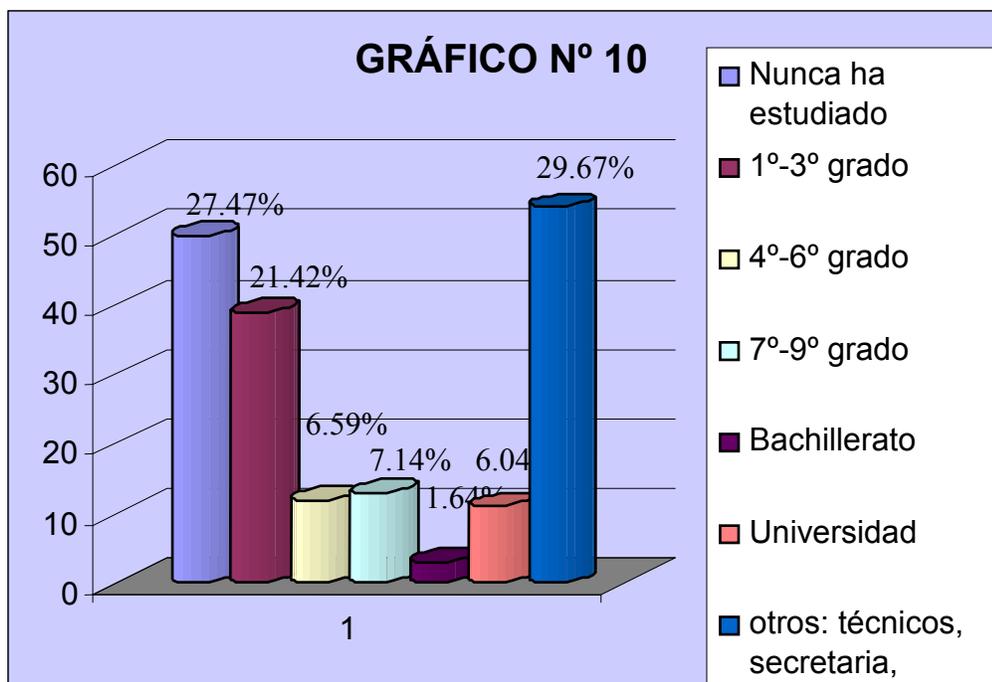
Interpretación:

Es sorprendente y a la vez penoso comprobar que el grado de analfabetismo en las mujeres alcance aproximadamente el 40%, situación que limita el desarrollo personal y la posibilidad de desenvolverse con libertad, así como el acceso a programas para iniciar algún trabajo o negocio.

CUADRO N° 10
NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	F	%
Nunca ha estudiado	50	27.47
1°-3° grado	39	21.42
4°-6° grado	12	6.59
7°-9° grado	13	7.14
Bachillerato	3	1.64
Universidad	11	6.04
Otros: Técnicas, secretarias	54	29.67
Total	182	99.97

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio



Fuente: Cuadro N° 10

Análisis:

El cuadro muestra el nivel de escolaridad de las diferentes mujeres encuestadas en la siguiente forma: Nunca han estudiado 50 mujeres (27.47%), 1° - 3° grado 39 mujeres (21.42%), 4°-6° grado 12 mujeres (6.59%), 7°-9° grado 13 mujeres (7.14%), Bachillerato 3 mujeres (1.64%), Universidad 11 mujeres (6.04%), otros estudios (técnicos, secretarias) 54 mujeres (29.67%).

Interpretación:

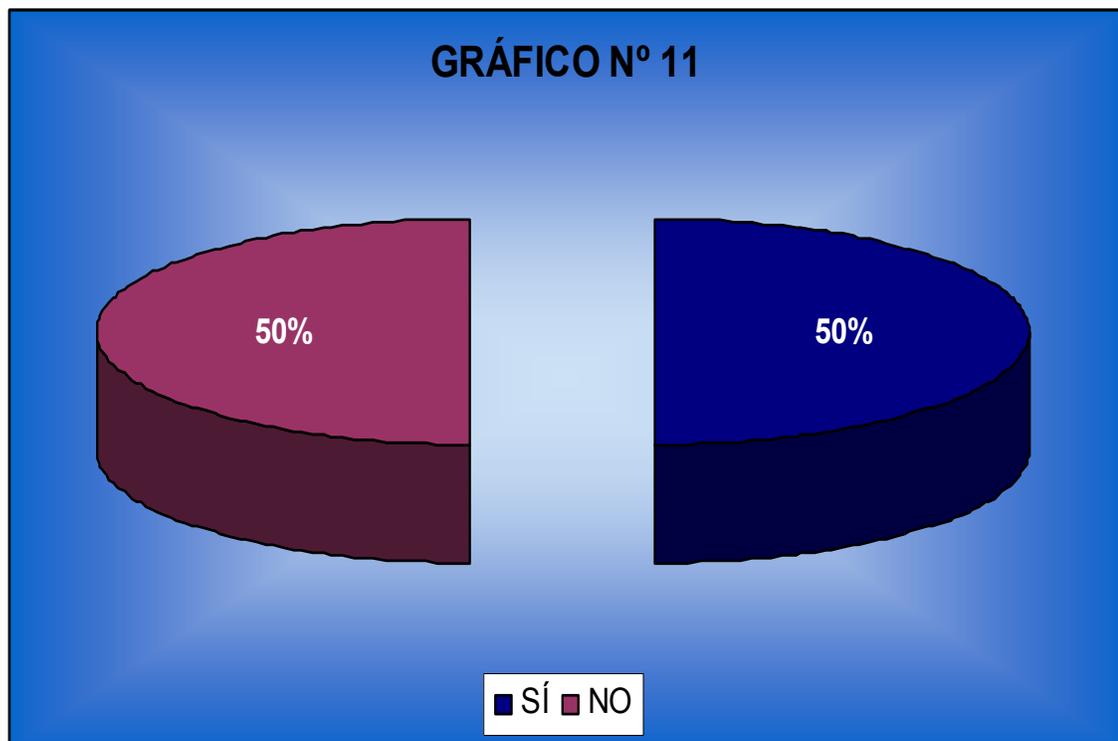
Se comprueba que el número de mujeres que nunca han estudiado es un porcentaje menor al de mujeres que son alfabetas, pero según el estudio muchas mujeres aprendieron a leer y escribir empíricamente; los resultados anteriores corroboran lo descrito anteriormente, el analfabetismo y el nivel de escolaridad bajo limita a la mujer entre muchas cosas, a no saber diferenciar sus emociones, y sus cambios de normales a otros que si ameritan atención médica.

CUADRO N° 11

¿HA EXPERIMENTADO ALGUN SUCESO EN SU VIDA?

OPINIÓN	F	%
SI	91	50
NO	91	50
Total	182	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio



Fuente: Cuadro N° 11

Análisis:

En el cuadro N° 11 se presentan los sucesos experimentados en la vida de cada mujer entrevistada, de las cuales el 50% dijo que sí había experimentado un suceso importante y el 50% dijeron que no lo habían tenido.

Interpretación:

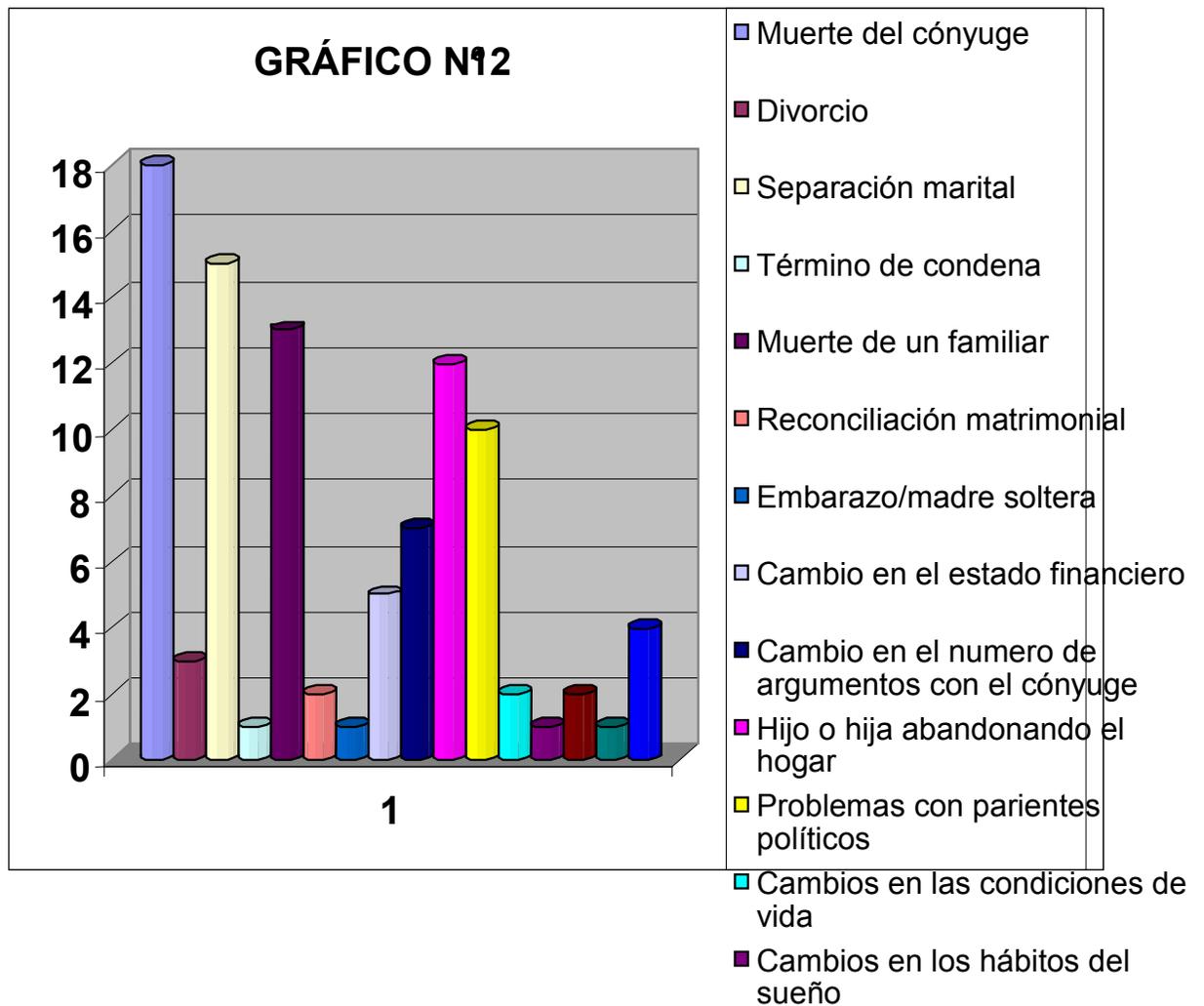
Los datos que se reflejan en el cuadro anterior exponen que de las 182 mujeres entrevistadas el 50% afirmó que en ese momento habían experimentado algún suceso importante en su vida, lo que lleva a aceptar las hipótesis específicas que dicen que los factores sociales y la estabilidad familiar inciden en la exacerbación de la sintomatología de la menopausia.

CUADRO N° 12
SUCESOS MÁS IMPORTANTES OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN

Sucesos	F	%
Muerte del cónyuge	18	1.76
Divorcio	3	0.29
Separación marital	15	1.47
Término de condena	1	0.09
Muerte de un familiar	13	1.76
Reconciliación matrimonial	2	0.19
Embarazo/madre soltera	1	0.09
Cambio en el estado financiero	5	0.49
Cambio en el numero de argumentos con el cónyuge	7	0.68
Hijo o hija abandonando el hogar	12	1.17
Problemas con parientes políticos	10	0.98
Cambios en las condiciones de vida	2	0.19
Cambios en los hábitos del sueño	1	0.09
Cambios en el numero de familiares	2	0.19
Violaciones menores a la ley	1	0.09
Lesiones personales o enfermedad	4	0.39
Total	102*	9.92

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

*El total sobrepasa el número de mujeres entrevistadas por que estas respondieron más de una alternativa.



Fuente: Cuadro N° 12

Análisis:

El cuadro anterior refleja la cantidad de sucesos importantes que en su momento se relacionan con la sintomatología presentada por las mujeres en etapa menopáusica. Como se puede observar el mayor numero de mujeres entrevistadas afirmaron que los problemas dentro de su familia producen un

aumento en su perfil sintomatológico, un número intermedio que eran los problemas con parientes políticos y enfermedad propia lo que producía su alteración y una cantidad mínima respondió que las condiciones de vida y el estado financiero era lo que les provocaba la exacerbación de sus síntomas.

Interpretación:

Por lo observado en el cuadro anterior, en donde se refleja que el mayor porcentaje de mujeres entrevistadas presentan exacerbación de los síntomas de la menopausia, relacionado con los sucesos ocurridos dentro del círculo familiar, se puede afirmar la hipótesis específica que dice que la estabilidad familiar influye en la exacerbación de la sintomatología en la menopausia.

CUADRO N° 13

¿SABE QUÉ ES LA MENOPAUSIA?

OPINIÓN	F	%
Si	140	76.92
No	42	23.07
Total	182	99.99

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio



Fuente: Cuadro N° 13

Análisis:

El cuadro anterior expone el número de mujeres que saben qué es la menopausia, del total de mujeres entrevistadas 140 mujeres (76.92%) saben que es la menopausia, y el resto: 42 mujeres (23.07%) no la conocen.

Interpretación:

Un porcentaje de más del 75% tiene un conocimiento aunque sea remoto de lo que es la menopausia, pero el 23% restante, desconoce lo que esto significa, por lo tanto, atraviesa esta etapa pensando que está enferma o desconociendo los cambios por los que atraviesa su cuerpo, por lo que la educación es un factor determinante para que la mujer conozca dichos cambios.

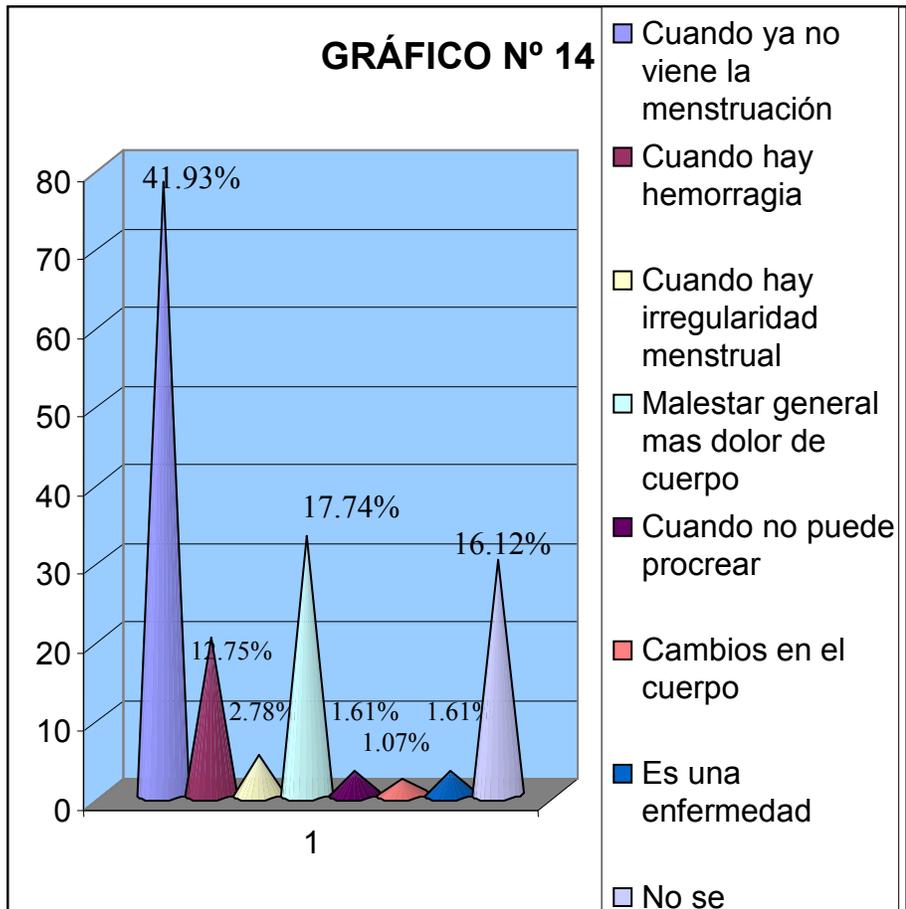
CUADRO N° 14

¿QUE ENTIENDE POR MENOPAUSIA?

OPINIÓN	F	%
Cuando ya no viene la menstruación	78	41.93
Cuando hay hemorragia	20	12.75
Cuando hay irregularidad menstrual	5	2.68
Malestar general mas dolor de cuerpo	33	17.74
Cuando no puede procrear	3	1.61
Cambios en el cuerpo	2	1.07
Es una enfermedad	3	1.61
No se	30	16.12
Total	186*	93.51

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

*El total sobrepasa el número de mujeres entrevistadas por que estas respondieron más de una alternativa.



Fuente: Cuadro N° 14

Análisis:

En el cuadro anterior se puede observar que un porcentaje alto del 41.93% de las mujeres en cuestión dijeron que menopausia significa cese de menstruación, así también un porcentaje intermedio del 17.64% dijo que se presenta como un malestar general, además se puede ver que el 16.12% de las mujeres no saben que es la menopausia. Algunas de las mujeres entrevistadas

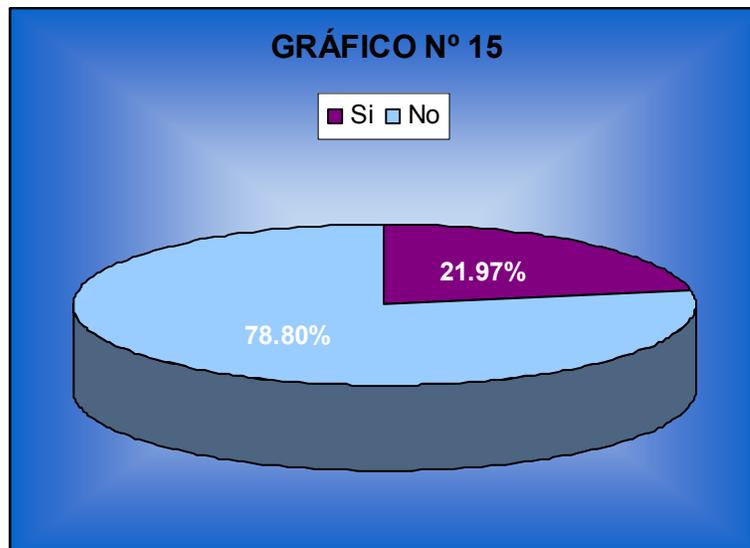
describieron la menopausia con más de uno de las respuestas plasmadas en el cuadro por lo que el total sobrepasa el número de usuarias entrevistadas.

Interpretación:

A través de la respuestas obtenidas mediante el instrumento se pudo observar que un porcentaje alto de mujeres menopáusicas no saben que es la menopausia y algunas que dijeron saber no dieron una respuesta correcta, lo que indica que el nivel social y cultural es un factor determinante para que la mujer identifique los síntomas que engloba esta etapa de la vida y pueda buscar ayuda para recibir una atención adecuada.

CUADRO N° 15
¿CREE QUE LA MENOPAUSIA ES UNA ENFERMEDAD?

OPINIÓN	F	%
Si	40	21.97
No	142	78.80
Total	182	100



Fuente: Cuadro N° 15

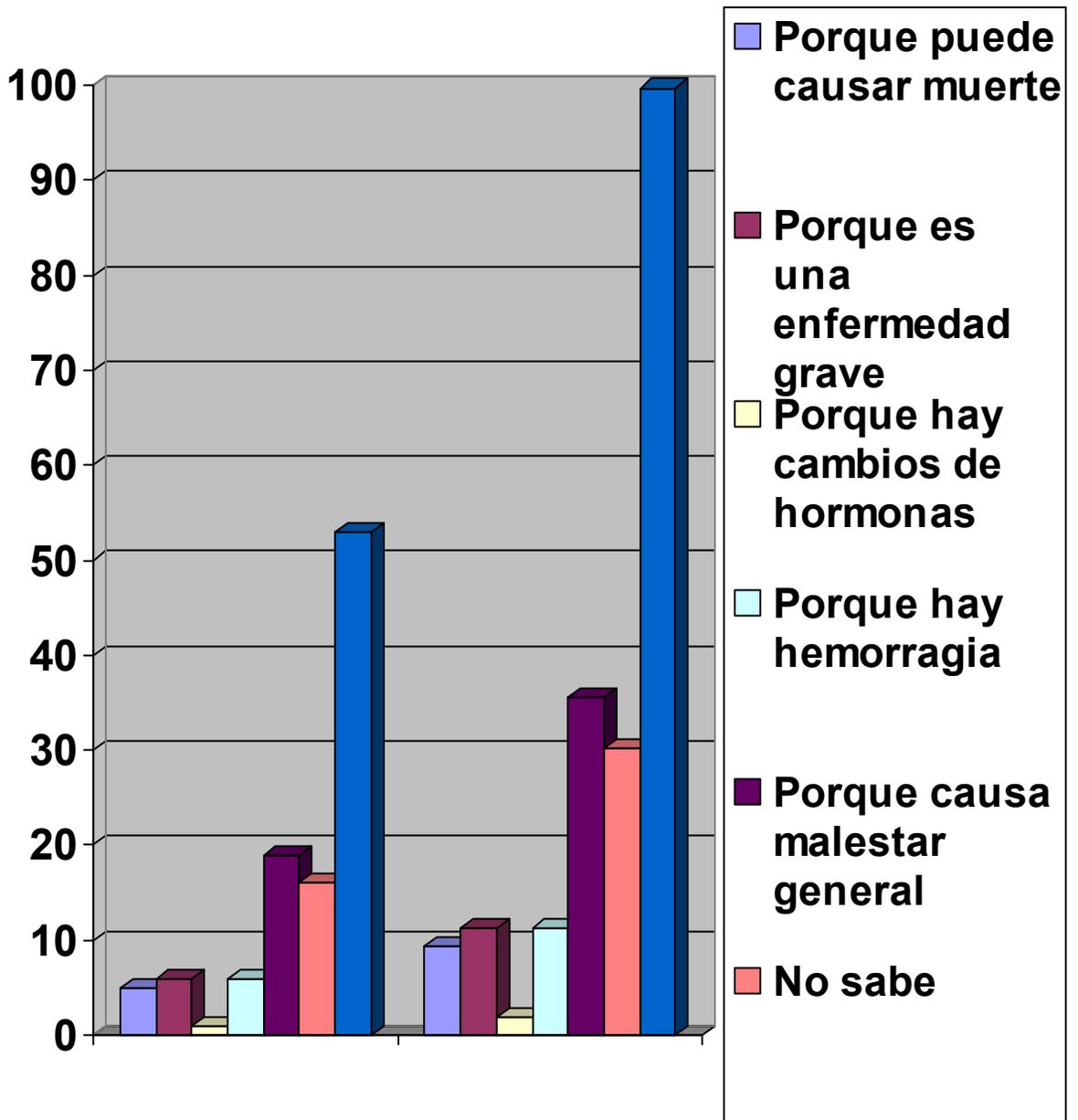
A) Si

¿Por qué?	F	%
Porque puede causar muerte	5	9.43
Porque es una enfermedad grave	6	11.32
Porque hay cambios de hormonas	1	1.88
Porque hay hemorragia	6	11.32
Porque causa malestar general	19	35.58
No sabe	16	30.18
Total	53*	99.71

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

*El total sobrepasa el número de mujeres entrevistadas por que estas respondieron más de una alternativa.

A) Sí



Fuente: Cuadro Nº 15

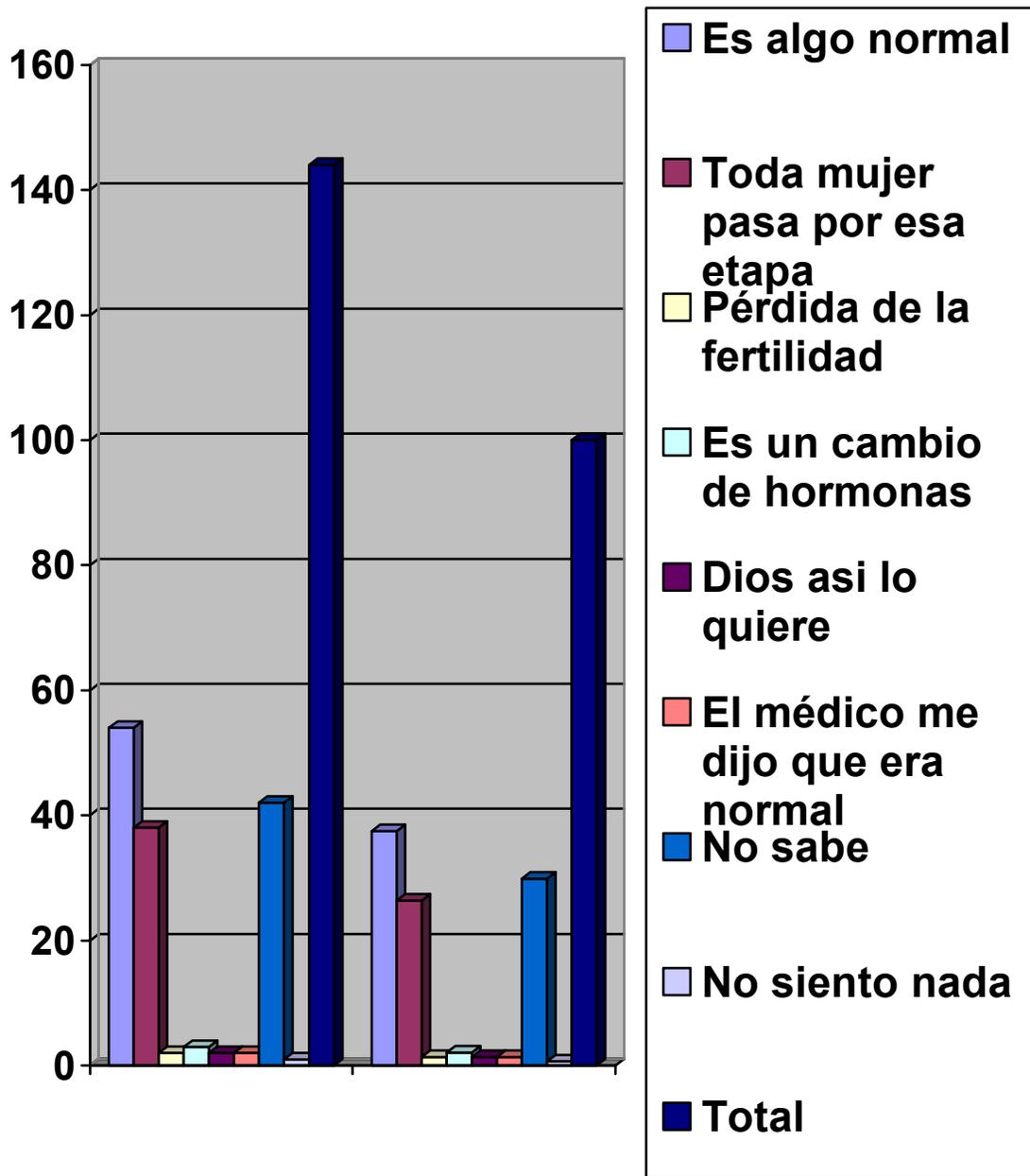
B) No

¿Por qué?	F	%
Es algo normal	54	37.50
Toda mujer pasa por esa etapa	38	26.38
Pérdida de la fertilidad	2	1.38
Es un cambio de hormonas	3	2.08
Dios así lo quiere	2	1.38
El médico me dijo que era normal	2	1.38
No sabe	42	29.91
No siento nada	1	0.69
Total	144*	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

*El total sobrepasa el número de mujeres entrevistadas por que estas respondieron más de una alternativa

B) NO



Fuente: Cuadro N° 15

Análisis:

El cuadro N° 15 muestra que el 21.97% de las mujeres entrevistadas dijeron que la menopausia es una enfermedad y el 78.80% dijo que no.

Interpretación:

De acuerdo a los resultados anteriores se puede determinar que la mayoría de mujeres en estudio afirmaron que la menopausia no significa enfermedad, pero al explorar y enfatizar más en una respuesta se obtuvo que no tienen un concepto claro de esta etapa; esto se debe a que estas no han recibido ningún tipo de información sobre la menopausia, por lo que el nivel social es fundamental para que la mujer pueda relacionar la transición menopáusica con lo que la afecta en determinado momento.

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro N° 3 que la mayoría de mujeres en estudio son del área rural, que según los cuadros N° 5, 6 y 7 un porcentaje alto depende totalmente de otra persona por no tener un trabajo remunerado y aunado a eso como se plasma en los cuadros 9 y 10 el grado de analfabetismo alto que presentan las poblaciones en estudio, provoca que no sepan diferenciar entre una patología y la transición menopáusica como se observa en los cuadros 13 y 15, lo que limita a la mujer a buscar ayuda especializada para buscar una atención integral en esta etapa de la vida. Primero por el poco acceso que tiene a la atención primaria por el lugar donde

reside, más los problemas económicos que tienen que enfrentar, situación que les dificulta desplazarse hacia las Unidades de Salud.

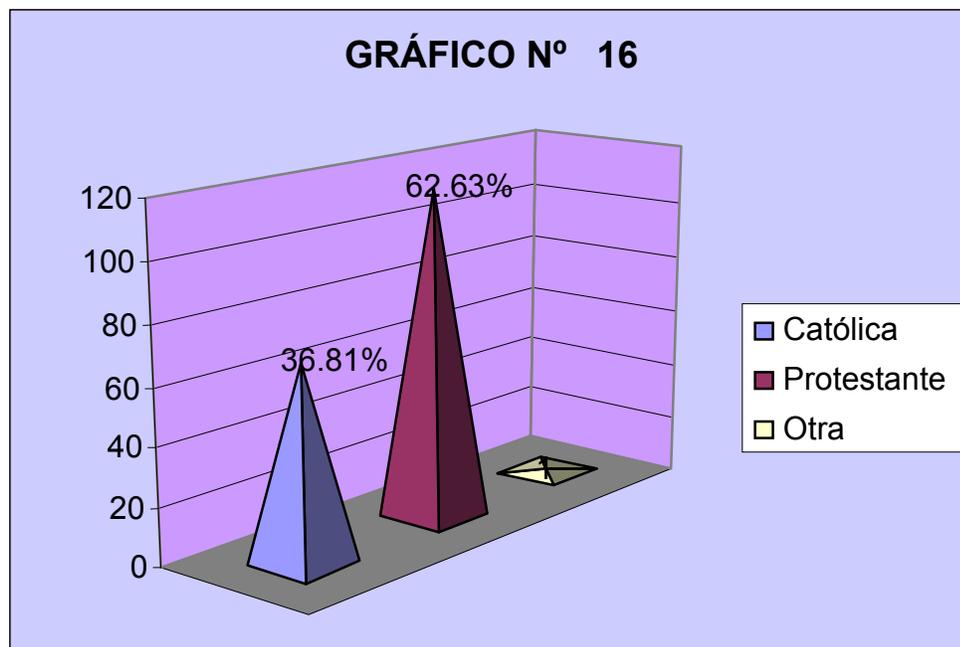
En segundo lugar que por el grado de analfabetismo y escolaridad no pueden reconocer la etapa menopáusica. Tal es el caso que en el cuadro N° 1 se observó que el 4.59% de las mujeres en estudio respondió que no presentaban ningún síntoma, pero cuando a estas se les interrogó directamente sobre el perfil sintomatológico de la menopausia, este porcentaje se redujo enormemente, se acepta la hipótesis específica que afirma que el nivel socioeconómico afecta a la mujer menopáusica para presentar un cuadro sintomatológico.

CUADRO N° 16

¿GRUPO RELIGIOSO AL QUE PERTENECE?

GRUPO RELIGIOSO	F	%
Católica	67	36.81
Protestante	114	62.63
Otra	1	0.54
Total	182	99.98

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.



Fuente: Cuadro N° 16

Análisis:

El cuadro muestra que la mayoría de mujeres profesa el protestantismo 114 personas (62.63%) y el resto el catolicismo 67 personas (36.81%)

Interpretación:

La religión en la sociedad salvadoreña es un reflejo de su estilo de vida, se comprueba que el 100% de mujeres pertenecen a un grupo religioso en este caso el protestantismo en su diversidad de divisiones, la mujer que profesa este tipo de religión es más sumisa, no viendo esta actitud como errónea, sino que no posee libertad de expresión necesaria para exponer sus dudas y temores acerca de la etapa menopáusica.

En muchas ocasiones la mujer ve muchos temas como tabúes y se limita a valorarlos como "voluntad de Dios" lo cual no se pone en duda, pero también es cierto que Dios brinda los medios a través de la ciencia para mejorar o curar los distintos padecimientos que atraviesa el ser humano, incluyendo la menopausia, no porque sea una enfermedad, sino porque se puede manejar con tratamiento médico o psicológico.

CUADRO N° 17

¿CREE QUE UNO (S) DE LOS FACTORES SIGUIENTES LE AFECTAN EN LA MENOPAUSIA?

FACTORES	F	%
Estabilidad Familiar	49	26.34
Trabajo	13	6.98
Religión	5	2.68
Educación	2	1.07
Ninguno	117	62.90
Total	186*	99.97

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

*El total sobrepasa el número de mujeres entrevistadas por que estas respondieron más de una alternativa.

GRÁFICO N° 17



Fuente: Cuadro N° 17

Análisis:

El cuadro anterior refleja que un porcentaje alto del 62.90% expresó que ningún factor le afectaba en la menopausia y otro porcentaje de 37.07% afirmó tener al menos uno de los factores mencionados. También se puede observar que el total sobrepasa la muestra, y esto se debe a que 4 mujeres dijeron tener más de un factor que les afectara

Interpretación:

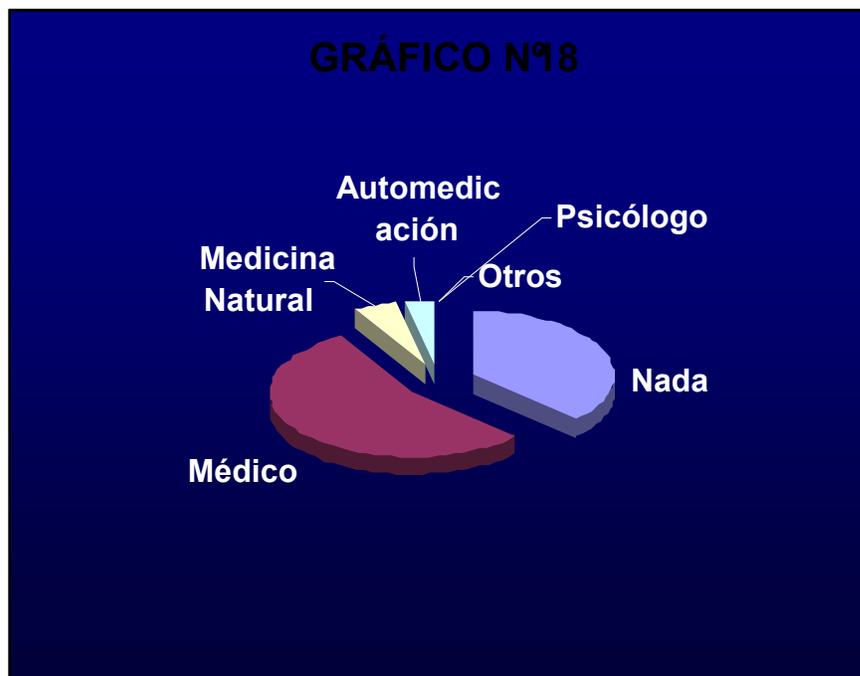
De la información anterior se pudo determinar que en el factor más relevante es la estabilidad familiar en un 26.34% seguido por el trabajo, religión y educación; y aunque un número elevado de mujeres negó tener un factor predisponente, esto podría deberse a que el nivel cultural bajo que existe en la población salvadoreña no permite identificar si estos factores se relacionan o no con la sintomatología presentada.

CUADRO Nº 18

SI HA SENTIDO UNO(S) DE LOS SÍNTOMAS ANTERIORES ¿CUÁL HA SIDO SU ACTITUD?

ACTITUD	F	%
Nada	67	36.81
Médico	100	54.94
Medicina Natural	9	4.94
Automedicación	6	3.29
Psicólogo	0	0.00
Otros	0	0.00
Total	182	99.98

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio



Fuente: Cuadro Nº 18

Análisis:

De acuerdo a los datos obtenidos en el cuadro 18 se pudo observar que el 54.94% ha sido atendida por médico y el 45.4% no tomaba ninguna actitud, o se automedicaba.

Interpretación:

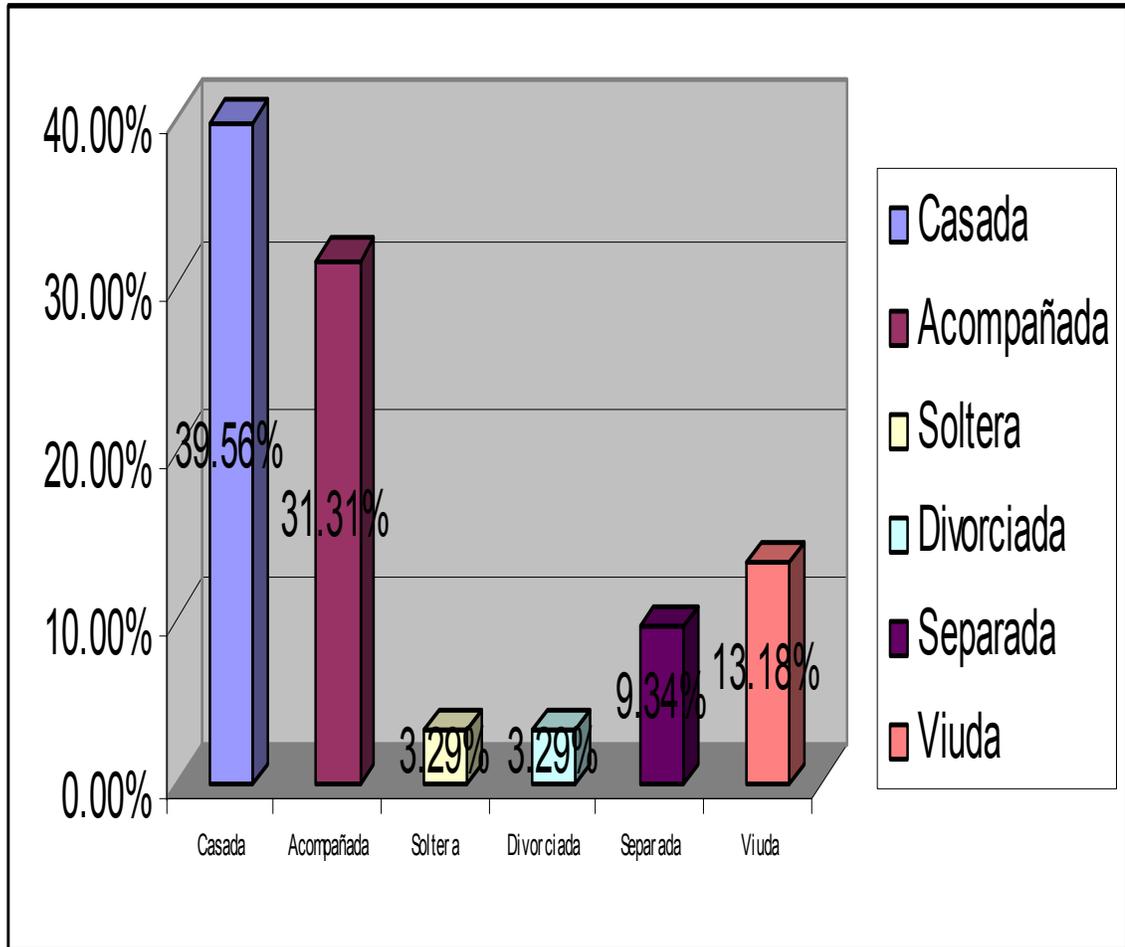
El cuadro N° 18 refleja que existe un porcentaje alto de mujeres que no acude a los diferentes centros de salud para recibir unan atención adecuada, esto podría tener relación con la falta de capacidad para detectar los síntomas en la menopausia, así como también con las creencias, mitos y tabúes presentes en la población en estudio.

CUADRO N° 19
ESTADO FAMILIAR

ALTERNATIVA	F	%
Casada	72	39.56
Acompañada	57	31.31
Soltera	6	3.29
Divorciada	6	3.29
Separada	17	9.34
Viuda	24	13.18
Total	182	99.97

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

GRÁFICO N° 19



Fuente: Cuadro N° 19

Análisis:

El cuadro expone el estado familiar de cada mujer de la siguiente manera: casada 72 mujeres (39.56%) acompañada 57 mujeres (31.31%), soltera 6

mujeres (3.29%), Divorciada 6 mujeres (3.29%), separada 17 mujeres (9.34%), Viuda 24 mujeres (13.18%).

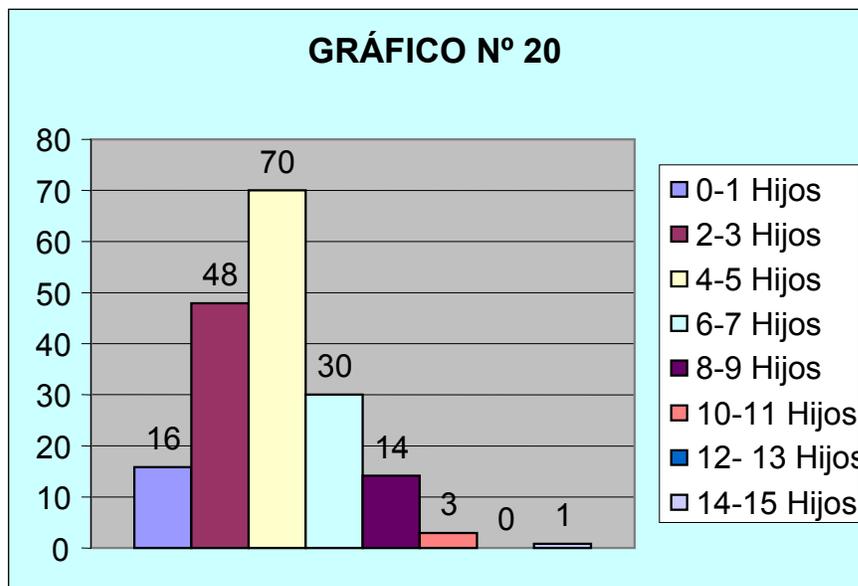
Interpretación:

El mayor número de mujeres se encuentra actualmente con un compañero de vida ya sean casadas o acompañadas, lo que nos permite confirmar la hipótesis que la estabilidad familiar constituye un factor que exacerba los síntomas de la menopausia, ya que a través del estudio se pudo observar que no se cuenta con el apoyo de la pareja para entender y enfrentar la etapa de la menopausia.

CUADRO N° 20
NÚMERO DE HIJOS

NÚMERO DE HIJOS	F	%
0-1	16	8.79
2-3	48	26.37
4-5	70	38.46
6-7	30	16.48
8-9	14	7.69
10-11	3	1.64
12-13	0	0.00
14-15	1	0.54
Total	182	99.97

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.



Fuente: Cuadro N° 20

Análisis:

El Cuadro muestra la cantidad de hijos que tiene cada mujer entrevistada: De 0-1 hijos 16(8.79%), de 2-3 hijos 48 (26.37%), de 4-5 hijos 70 (38-46%), de 6-7 hijos 30 (16.48%), de 8-9 hijos 14 (7.69%), de 10-11 hijos 3 (1.64%), de 12-13 ningún hijo y de 14-15 hijos 1 (0.54%).

Interpretación:

La Multiparidad constituye en sí un mayor compromiso para la mujer, que se esclaviza a la atención de los hijos y del hogar.

No se trata de hablar de planificación familiar, sino de que un número elevado de hijos impide que la mujer atienda sus propias necesidades, que las coloque en último lugar, lo que complica en algunas ocasiones el cuadro menopáusico.

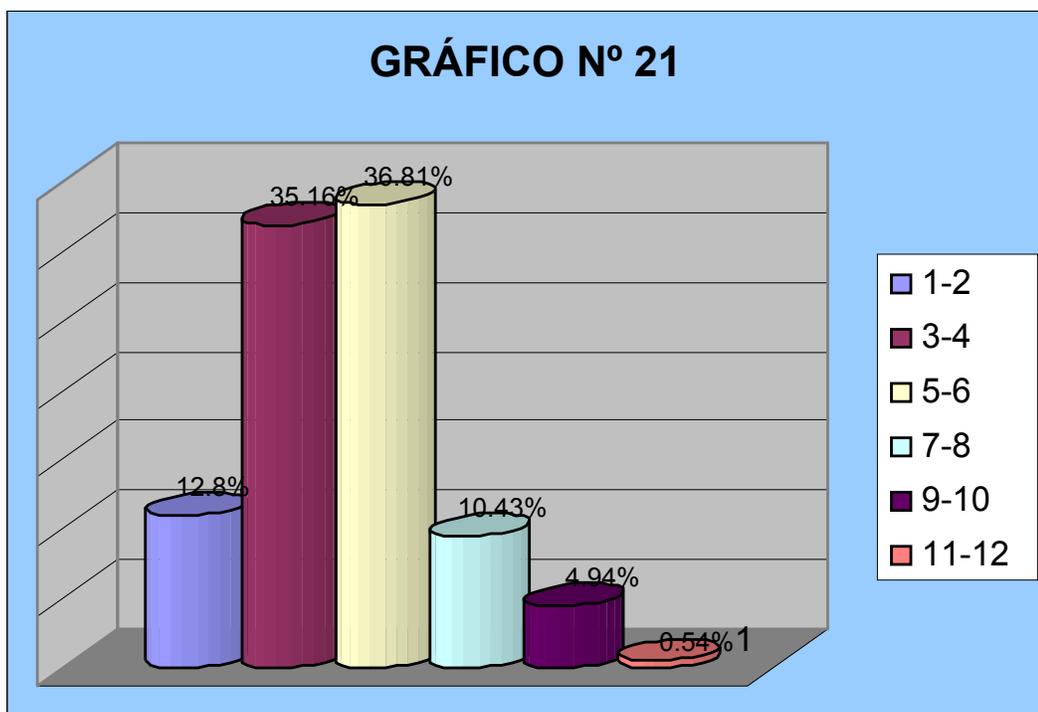
CUADRO N° 21

¿CUÁNTOS VIVEN EN SU CASA?

NÚMERO DE PERSONAS	F	%
1-2	22	12.08
3-4	64	35.16
5-6	67	36.81
7-8	19	10.43
9-10	9	4.94
11-12	1	0.54
Total	182	99.93

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

GRÁFICO N° 21



Fuente: Cuadro N° 21

Análisis:

El cuadro muestra la distribución del número de personas que viven en cada casa de las mujeres entrevistadas, hay 22 que viven con 1-2 persona 22 (12.08%), 64 mujeres con 3-4 personas (35.16%), 67 mujeres con 5-6 personas (36.81%), 19 con 7-8 personas (10.43%), 9 mujeres con 9-10 personas (4.94%), y 1 mujer con 11-12 personas (0.54%).

Interpretación:

A través de la información recabada se obtuvo el dato que la mayoría de mujeres comparten su hogar con un número elevado de personas, ya sean estos los hijos, padres maternos o paternos o en el peor de los casos, con las respectivas familias de los hermanos o cuñados, lo que provoca en algunas ocasiones, inestabilidad familiar ya que la mujer no cuenta con su propio espacio, y se ve obligada a compartir su privacidad de pareja así como familiar.

En el cuadro N° 2 se observa que aunque un porcentaje alto de mujeres conviven con compañero de vida, muy pocas recibieron el apoyo de éste para poder sobrellevar de una manera adecuada esta etapa de la vida, sino al contrario, el hecho de tener pareja la somete a un nivel estresante mayor exacerbando los síntomas presentes en esta; de igual forma se observa en los cuadros 20 y 21 que la cantidad de personas que convive con cada una de ellas

es numerosa impidiendo a éstas a dedicarse a sus propias necesidades, ya que sus responsabilidades en el hogar son mayores.

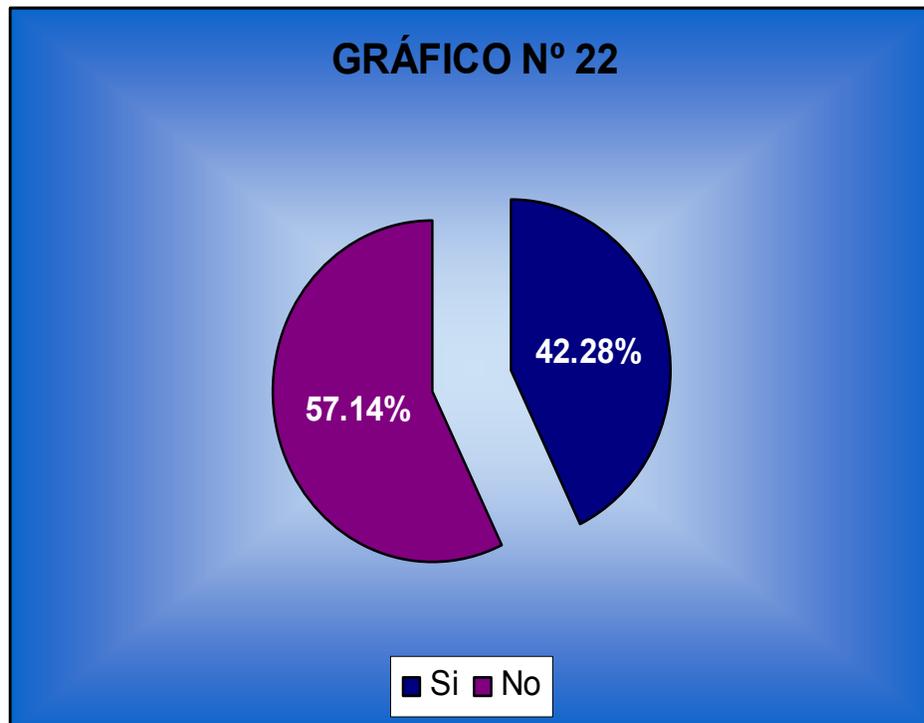
De acuerdo a lo anterior se acepta la hipótesis específica en la cual se dice que la estabilidad familiar influye en la intensificación de la sintomatología menopáusica.

CUADRO N° 22

**SI USTED HA RECIBIDO ATENCION EN UN SERVICIO DE SALUD PUBLICA
¿SE SINTIO SATISFECHO?**

OPINIÓN	F	%
Si	78	42.28
No	104	57.14
Total	182	99.42

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio



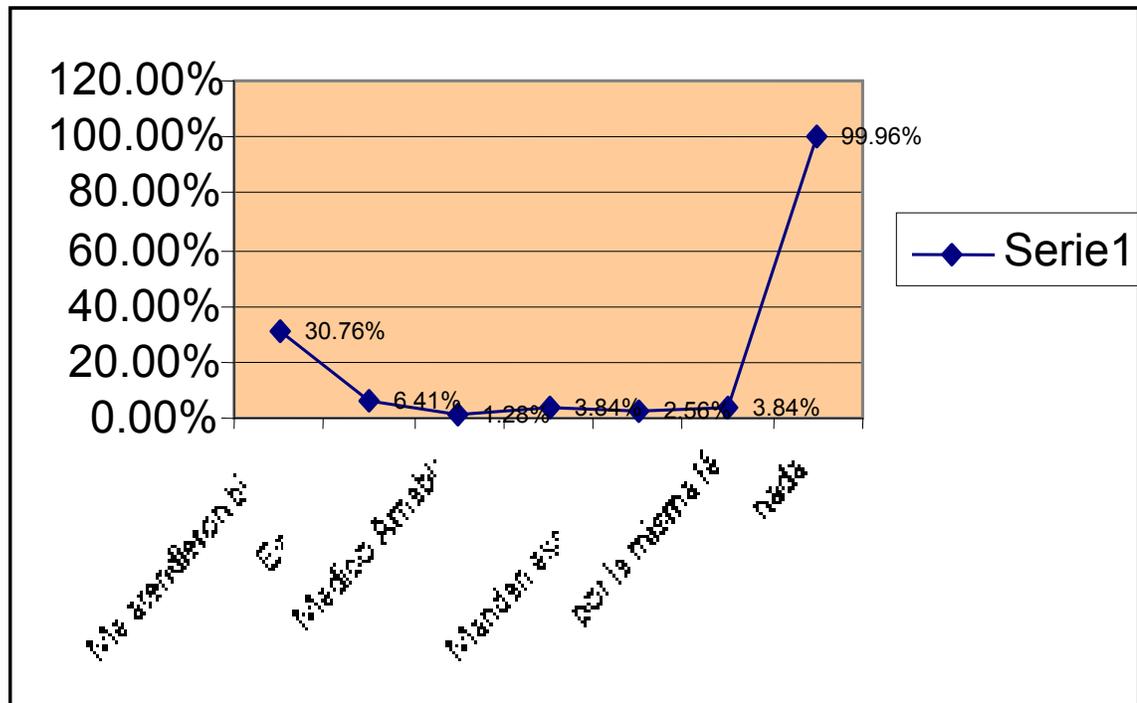
Fuente: Cuadro N° 22

¿Por qué?

sí	F	%
Me dieron medicamentos	37	47.43
Me atendieron bien	24	30.76
Es normal	5	6.41
Médico amable	1	1.28
Mejoré	3	3.84
Mandan exámenes	3	3.84
Por la misma fe	2	2.56
Nada	3	3.84
Total	78	99.96

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

A) SÍ

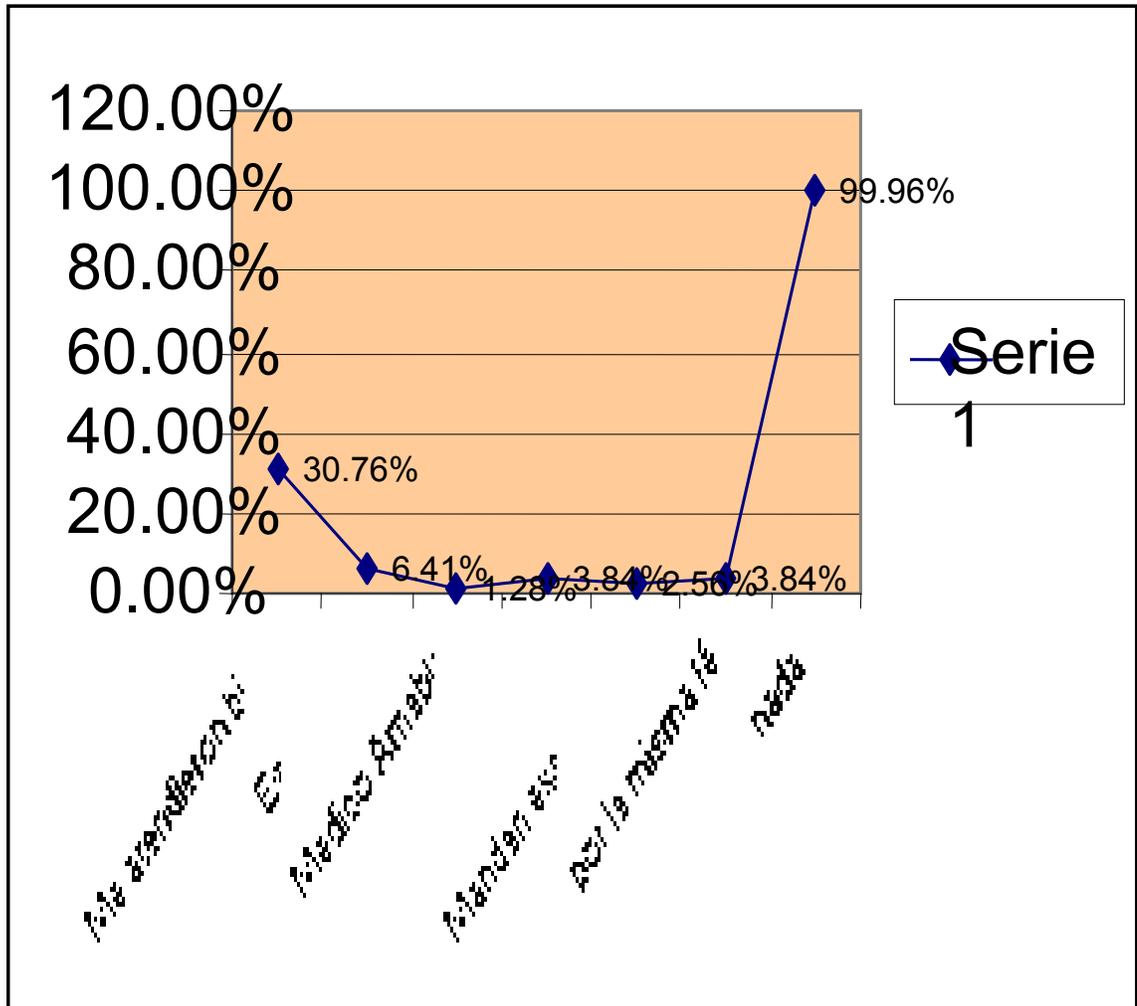


Fuente: Cuadro N° 22

No	F	%
No he mejorado	9	8.65
No lo tratan bien	6	5.76
No hay medicina	11	10.57
No hay tratamiento adecuado	16	15.38
Necesidad de especialista	11	10.57
Nunca lo he necesitado	12	11.53
No consulté	19	18.26
Nada	15	14.42
Primera vez que consulto	3	2.88
Me cura en el momento	1	0.96
No me examinan	1	0.96
Total	104	99.44

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

B) NO



Fuente: Cuadro N° 22

Análisis:

En el cuadro N° 22 se plasma el grado de satisfacción que tuvieron las mujeres entrevistadas ante la atención del servicio de salud pública, de las cuales 42.28% respondieron si estar satisfechas y el 57.14% respondieron que no lo estaban.

Interpretación:

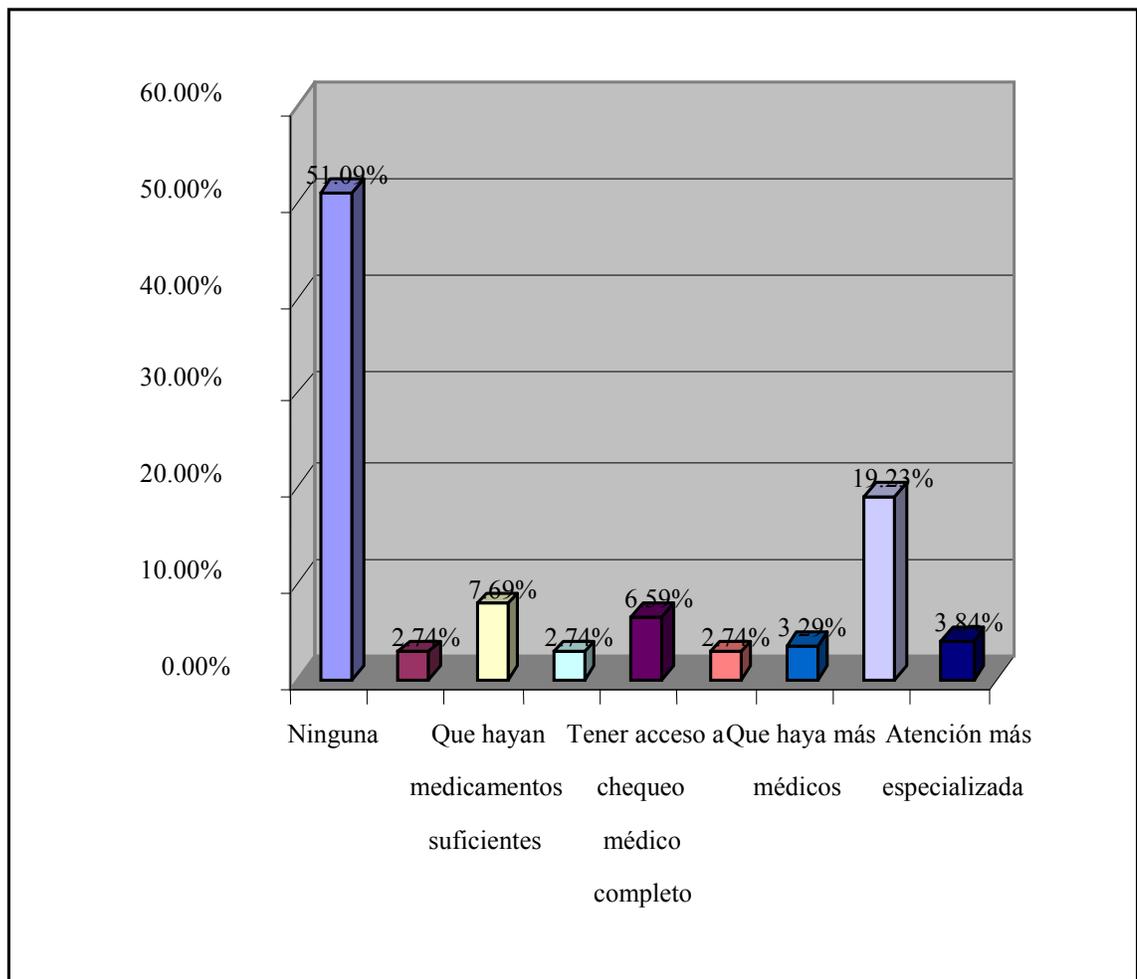
Al observar los datos obtenidos se puede afirmar que la mayoría de las mujeres que respondieron sí fue por haber recibido medicamentos y/o por haber sido atendido bien, en ningún momento mencionaron que habían recibido atención integral especializada más seguimiento de su sintomatología, lo que demuestra la calidad de atención deficiente con la que cuenta la población salvadoreña.

CUADRO N° 23**QUE SUGERENCIAS HARÍA PARA MEJORAR DICHA ATENCIÓN**

OPINIÓN	F	%
Ninguna	93	51.09
Asistencia más barata	5	2.74
Que hayan medicamentos suficientes	14	7.69
Que la atención sea rápida	5	2.74
Tener acceso a chequeo médico completo	12	6.59
No mal trato	5	2.74
Que haya más médicos	6	3.29
Que siga igual	35	19.23
Atención más especializada	7	3.84
Total	182	99.95

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

GRÁFICO N° 23



Fuente: Cuadro N° 23

Análisis:

El 51.09% de los datos presentado en el cuadro N° 23 no dio ninguna sugerencia y dentro de los respuestas que si sugerían algo en particular las más frecuente fueron: que la atención siga igual (19.23%) y que haya medicamentos suficientes (7.69%)

Interpretación:

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que la mayoría de mujeres (51.09%) no hizo ninguna sugerencia y que el (48.86) si tenia algo que decir lo que puede traducirse como un bajo nivel social y cultural el cual no les permitía poder expresar verbalmente de manera adecuada con una actitud crítica

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES.

En base a los resultados obtenidos en la investigación: Factores que inciden en la exacerbación de la sintomatología en la mujeres menopáusicas que consultan las Unidades de Salud en estudio, se concluyó que:

- A través de la cédula de entrevista se logró comprobar que de las 182 mujeres en estudio el 75% afirmó presentar el perfil sintomatológico de la menopausia, y el resto manifestaba por lo menos tres de los síntomas presentes en el cuadro menopáusico, por lo que se comprueba que en las mujeres menopáusicas existe un cuadro sintomatológico presente, con la diversidad de síntomas que la teoría expone.
- En base al estudio realizado se comprobó que el analfabetismo aún constituye un factor determinante para el desarrollo de una sociedad, tal es el caso que en las mujeres entrevistadas el 37% es analfabeta, el 63% no tiene un trabajo remunerado, lo que ocasiona un desequilibrio en la estabilidad familiar, ya que se depende de un solo ingreso familiar, todo lo anterior limita el acceso tanto a la salud y a la educación; por lo tanto se comprueba que el factor socioeconómico es determinante para la exacerbación sintomatológica de la menopausia.

- Los datos obtenidos en la presente investigación ofrecen un panorama poco alentador para la mujer menopáusica, se observa que aún existe un porcentaje considerado de analfabetismo, un número de mujeres que se limitan a los quehaceres del hogar y un 100% de estas pertenecen a un grupo religioso determinado. El nivel de cultura se puede medir a través de su educación y de sus valores, si se unen estos dos factores, se observa que la mujer tiene una participación pasiva en la sociedad, ya que más del 62% de mujeres por el grupo religioso al que pertenecen consideran algunos temas básicos como la sexualidad un tema prohibido, lo que no les permite conocer los cambios que el organismo sufre. Además el machismo, las creencias, los mitos, los patrones culturales y tabúes aún son determinantes en la limitación de la participación en la sociedad salvadoreña, ya que se ven reflejados en el comportamiento de las mujeres entrevistadas, por lo que el factor cultural influye en la exacerbación de la sintomatología en la menopausia.
- Aproximadamente el 70% de las mujeres entrevistadas tienen un compañero de vida, una pareja que en el 26% de los casos no proporciona el apoyo emocional que la mujer necesita, por lo que la estabilidad familiar influye en la sintomatología menopáusica.

6.2 RECOMENDACIONES.

Con lo anteriormente descrito, se establece que la menopausia, si bien no es la etapa más importante en la vida de la mujer, es la antesala de una vejez satisfactoria, premio que todo ser humano merece, y aún más la mujer que es sometida a tantos cambios a lo largo de toda su vida, tal es el caso de la menarquia, adolescencia, embarazo, crianza de los hijos y por último la menopausia, por tal razón se recomienda:

- Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para que a través de sus dependencias gestione una mayor atención a la mujer menopáusica, a través de:
 - Incluir dentro de su variedad de programas (infantiles, adulto mayor, entre otros.) uno que vaya dirigido a promover la educación de la etapa de la menopausia.
 - Que así como para lograr coberturas completas con los diferentes programas de control de niño sano, embarazo y planificación familiar, se realizan brigadas médicas en los diferentes caseríos y cantones de todo el país, de igual manera se

realicen brigadas para dar una atención especializada a la mujer del área rural que tenga menos acceso a los centros de salud.

- Que se capacite al personal de las Unidades de Salud, especialmente a los médicos y médicas para que se pueda brindar una atención especializada a este grupo de usuarias, y referir al médico (a) especialista solo aquellos casos que no se puedan manejar en la Unidad de Salud.
 - Si bien es cierto, la demanda de la consulta ginecológica es grande, que probablemente no puede satisfacer a toda la población, buscar la manera, de acercar al médico especialista a los centros de primera atención, ya sea en visitas periódicas o jornadas de atención para beneficio de la población menopáusica.
 - Que se busquen los medios para facilitar el tratamiento médico adecuado a este grupo de usuarias, ya sea con tratamiento hormonal, tratamiento psicológico y atención especializado.
- A las Unidades de Salud que dentro de sus programas de trabajo incluyan actividades que vayan en mejora de la salud mental de este tipo de usuarias, ya sea: Charlas educativas, capacitaciones sobre trabajos

como artes manuales, costura, panadería, facilitar el acceso a continuar con sus estudios formales y otras actividades educativas, culturales y deportivas, por supuesto con el apoyo de actores sociales, como la casa de la cultura y la alcaldía municipal de cada ciudad con el objeto de convertir a la mujer en edad menopáusica en un ente activo dentro de la comunidad.

- A la Universidad de El Salvador, a través de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, que en la formación de los nuevos profesionales se les motive para que llegado el momento de elegir un tema para la elaboración de trabajos de investigación, se enfoquen no solo en la niñez, o la mujer en etapa reproductiva, que no son menos importantes, sino dar un espacio para el estudio de la mujer en edad madura, no solo a través del tema de la menopausia, ya que existe un cuadro florido de estudio a realizar.
- A los futuros médicos y médicas hacerles ver que es fundamental darle a la mujer seguridad y confianza, elevando su autoestima y fomentando su desarrollo y realización como madre y esposa. Esto mejorará su calidad de vida personal y familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS:

ARGUELLO ESCOLÁN, Raúl. Normas de Atención Obstétrica y Ginecológica. 3ª Edición, San Salvador, El Salvador, CA, se, 2,002, 435págs.

BEREK, Jonathan; HILLARD, Paula; ADASH, Eli. Traducido por Dr. RENARD, Santiago. Ginecología de NOVAK. 2ª. Edición; Los Ángeles, California, Editorial MCGRAW- HILL Interamericana editores, SA de CV, 1,997. 1,323 págs.

GISPERT, Carlos; GAY, José; BUENO, Marta. Diccionario de Medicina MOSBY. 1ª Edición; Barcelona, España, Editorial Océano, 1,994. 1,437 págs.

HAVENS, Carol; SULLIVAN, Nancy; TILTON, Patti; Traducido por Dr. GARCÍA Félix. Manual de Ginecología Ambulatoria; 2ª Edición; México, Editorial MCGRAW- HILL Interamericana editores, SA de CV, 1,994. 428 págs.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ, Carlos; BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. 3ª Edición, México, DF. Editorial MCGRAW- HILL Interamericana, S.A. de CV., 2,003, 705 págs.

LOPEZ, José Francisco. Avances en el Estudio y Tratamiento del Climaterio. Tomo 1 y 2, 1ª edición, México, Editorial Janssen-Cilag, 2,001, 48 y 51 págs.

MEJÍA, Salvador. Guía para la Elaboración de Trabajos de Investigación Monográfico o Tesis. 3ª Edición. se., s.f., 120 Págs.

ROJAS SORIANO, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Social. 26ª Edición, México, Editorial Trillas, 1,988, Págs. 197 a 256.

SPEROFF, León; GLASS, Robert; KASE, Nathan. Traducido por Dr. CASES, A. Jornet. Endocrinología Ginecológica e Infertilidad. 3ª Edición. España, se, s.f. 599 Págs.

S.a Diccionario Enciclopédico Básico. Se, España. Editorial PLAZA & JANES, SA .1986

S.a. Diccionario Médico de Bolsillo Dorland. 23ª Edición, Madrid, España, Editorial MCGRAW- HILL Interamericana, 1,988, 898 Págs.

TORO, Ricardo; YEPES, Luís. Psiquiatría. 2ª. Edición actualizada; Medellín, Colombia, Corporación para investigación biológica, 1,990. 661 Págs.

VELÁSQUEZ, José Humberto. La Cultura del Diablo. 1ª Edición, San Salvador, El Salvador, Editorial ABRIL UNO, 2003, 92 págs.

REVISTAS:

BOGGS, Pamela. “Perspectivas Internacionales sobre el tratamiento de la menopausia”. Revista Médica, publicado por The Conwood Group, Inc., volumen VI N° 1, 1,994, Págs. 4 a 5.

PALACIOS, Santiago; HERNÁNDEZ, Luís; deMelo Nilson. “Sexualidad y Climaterio”. Revista Iberoamericana, España, se, volumen 4 N° 2, Marzo 200,2, Págs. 2 y 14 a 17.

SALAMERO, Francisco. “Salud de la mujer y terapia de reemplazo hormonal o estrogénica”. Medical Digest, Barcelona, España, Permanyer publications, volumen 6 N° 3, Junio 2,002, Págs. 11 a 12.

S.a. “Terapia de Reemplazo Hormonal”. Informe médico Evorel, México DF., se, 2,001, Págs. 7 a 9.

S.a. "Qué es la menopausia", Guatemala, C.A., se., impreso en CIFGA, Ltda., Noviembre, 1,993, Págs. 2, 4, 7 a 11.

PERIÓDICOS:

JIMENEZ, Silvia. "Menopausia: ¿Invento de las Naciones Industrializadas?". Periódico La Prensa Gráfica. San Salvador, El Salvador, CA, 10 de Octubre de 2,004; Pág. 42. Precio \$0.50 ctvs.

La Prensa Gráfica. "Menopausia una Mejor Calidad de Vida". Periódico; San Salvador, El Salvador, CA, 19 de Septiembre de 2,004, Pág. 40. Precio \$0.50 ctvs

DIRECCIONES ELECTRONICAS:

<http://www.4woman.gov/faq/Spanish/menopause.htm>.
(Consultada 12/03/04).

<http://www.encolombia.com/cartilla-menopausia-sexualidad.htm>.
(Consultada 12/03/04).

<http://www.cucs.udg.mx/InvestigacionSalud/invsalud/abril2002/art1.ht>

(Consultada 14/03/04).

<http://www.saludnutricion.com/scripts/salud.dll>

(Consultada 15/03/04).

WWW. Las Dignas. Org. SV

(Consultada 18/10/04)

ANEXO

ANEXO N° 3

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

CÉDULA DE ENTREVISTA PILOTO.

**CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES MENOPÁUSICAS
QUE OSCILAN ENTRE LAS EDADES DE 45 A 55 AÑOS DE EDAD.**

**OBJETIVO: RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE LOS FACTORES
SOCIOECONÓMICOS QUE EXACERBAN LA SINTOMATOLOGÍA EN LA
MUJER MENOPÁUSICA QUE CONSULTAN LAS UNIDADES DE SALUD DE
JUCUAPA Y MONCAGUA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE
JULIO A SEPTIEMBRE DE 2.004.**

FECHA: _____

REGISTRO: _____

1) _____

1° APELLIDO

2° APELLIDO

NOMBRES

2) Dirección _____

3) Estado familiar:

- | | | | | |
|------------|-----|------------|-----|-----|
| Casada | (1) | Soltera | (2) | |
| Acompañada | (3) | Divorciada | (4) | () |
| Viuda | (5) | Separada | (6) | |

4) ¿Cuántos hijos tiene? _____

5) ¿Habita en casa propia o alquilada? _____

6) ¿Cuántos viven en su casa? _____

7) ¿Cuál es su religión?

- | | | | | |
|----------|-----|--------------|-------|-----|
| Católica | (1) | Protestante | (2) | () |
| Otra | (3) | Especifique: | _____ | |

8) ¿Cuál es su ocupación actual?

- | | | | |
|---------------------------|-----|-----------|--------------------|
| Ninguna | (1) | | |
| Oficios del hogar | (2) | | |
| Jornalera | (3) | | () |
| Agricultora | (4) | | |
| Comerciante | (5) | | |
| Profesional universitaria | (6) | Otros (7) | Especifique: _____ |

9) ¿Cuándo trabajó por última vez?

Nunca ha trabajado (1)

Menos de un mes (2)

De 1 a 6 meses (3)

()

De 6 meses a 1 año (4)

Más de un año (5)

10) ¿Recibe otros ingresos?

Sí _____

No _____

11) Nivel de escolaridad:

De 1° a 3° grado (1)

De 3° a 6° grado (2)

De 6° a 9° grado (3)

()

Bachillerato (4)

Universidad (5)

Otros (6)

Especifique: _____

12) ¿Qué entiende por menopausia?

13) ¿Ha sentido alguno de los siguientes síntomas?

Bochornos _____

Insomnio _____

Depresión _____

Ansiedad _____

Irritabilidad _____

Dispareunia _____

Infecciones vaginales _____

Cefalea _____

Osteoartralgias _____

Irregularidad menstrual _____

Cese de la menstruación _____

Problemas de concentración o memoria _____

Disuria _____

Aumento de peso _____

ANEXO N° 4

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**CÉDULA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES MENOPÁUSICAS
QUE OSCILAN ENTRE LAS EDADES DE 45 A 55 AÑOS DE EDAD.**

**OBJETIVO: RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE LOS FACTORES
SOCIOECONÓMICOS QUE EXACERBAN LA SINTOMATOLOGÍA EN LA
MUJER MENOPÁUSICA QUE CONSULTAN LAS UNIDADES DE SALUD DE
JUCUAPA Y MONCAGUA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE
JULIO A SEPTIEMBRE DE 2.004.**

FECHA: _____

REGISTRO: _____

1) _____
1° APELLIDO 2° APELLIDO NOMBRES

2) Dirección: _____

3) Estado familiar:

- | | | | | |
|------------|-----|------------|-----|-----|
| Casada | (1) | Soltera | (2) | |
| Acompañada | (3) | Divorciada | (4) | () |
| Viuda | (5) | Separada | (6) | |

4) ¿Cuántos hijos tiene? _____

5) ¿Habita en casa propia o alquilada? _____

6) ¿Cuántos viven en su casa? _____

7) ¿Cuál es su religión?

- | | | | | |
|----------|-----|-------------|-------|-----|
| Católica | (1) | Protestante | (2) | () |
| Otra | (3) | Especifique | _____ | |

8) ¿Cuál es su ocupación actual?

- | | | | |
|---------------------------|-----|-----------|--------------------|
| Ninguna | (1) | | |
| Oficios del hogar | (2) | | |
| Jornalera | (3) | | () |
| Agricultora | (4) | | |
| Comerciante | (5) | | |
| Profesional universitaria | (6) | Otros (7) | Especifique: _____ |

9) ¿Cuándo trabajó por última vez?

Trabaja actualmente (1)

Nunca ha trabajado (2)

Menos de un mes (3)

De 1 a 6 meses (4) ()

De 6 meses a 1 año (5)

Más de un año (6)

10) ¿Recibe otros ingresos?

Sí _____

No _____

11) ¿Cuánto es el ingreso familiar?

< 500 colones (1)

500 – 1000 colones (2) ()

1000 – 1500 colones (3)

> 1500 colones (4)

12) ¿Sabe leer y escribir?

Si _____

No _____

13) Nivel de escolaridad:

Nunca ha estudiado (1)

De 1° a 3° grado (2)

De 3° a 6° grado (3)

De 6° a 9° grado (4) ()

Bachillerato (5)

Universidad (5)

Otros (6) Especifique: _____

14) ¿Ha experimentado últimamente algún suceso importante en su vida?

Sí _____

No _____(anexo 8)

15) ¿Sabe que es la menopausia?

Sí _____

No _____

16) ¿Qué entiende por menopausia?

17) ¿Cree Ud. que uno o todos de los factores siguientes le afectan en la menopausia?

Estado familiar (1)

Religión (2)

Trabajo (3)

Educación (4)

Ninguno (5)

18) ¿cree que la menopausia es una enfermedad?

Sí _____

No _____

¿Porqué?

19) ¿En esta etapa de su vida que síntomas ha presentado?

20) ¿Ha sentido alguno de los siguientes síntomas?

Bochornos _____

Insomnio _____

Depresión _____

Ansiedad _____

Irritabilidad _____

Dispareunia _____

Infecciones vaginales _____

Cefalea _____

Osteoartralgias _____

Irregularidad menstrual _____

Cese de la menstruación _____

Problemas de concentración o memoria _____

Disuria _____

Aumento de peso _____

21) Si ha sentido uno (os) de los síntomas anteriores ¿Cuál ha sido su actitud?

Nada (1) Automedicación (2) Especifique: _____

Médico (3) Psicólogo (4) ()

Medicina natural (5) Otros (6) Especifique: _____

22) Si Ud. ha recibido atención en un servicio de Salud Pública ¿ Se sintió satisfecha?

Sí _____

No _____

¿Porqué?

23) ¿Qué sugerencias haría para mejorar dicha atención?

ANEXO N° 5

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**ESCALA DE READAPTACIÓN SOCIAL DIRIGIDA A TODAS LAS
MUJERES MENOPÁUSICAS QUE HAN EXPERIMENTADO UN SUCESO
IMPORTANTE EN SU VIDA.**

RANGO	SUCESO DE LA VIDA	VALOR SIGNIFICATIVO
1	Muerte del Cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación Marital	65
4	Término de Condena	63
5	Muerte de un Familiar	63
6	Lesiones Personales o Enfermedad	53
7	Matrimonio	50
8	Incendio en el Trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45

10	Jubilación	45
11	Cambio en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Trastornos sexuales	39
14	Ganar un nuevo miembro de la familia	39
15	Readaptación del negocio	39
16	Cambio en el estado financiero	38
17	Muerte de un amigo cercano	37
18	Cambio de profesión	36
19	Cambio en el número de argumentos con el cónyuge	35
20	Hipoteca o préstamo para una compra mayor (casa, etc.)	31
21	Juicio hipotecario o préstamo	30
22	Cambios de responsabilidades en el trabajo	29
23	Hijo o hija abandonando el hogar	29
24	Problemas con parientes políticos	29
25	Logros personales sobresalientes	28
26	Esposa inicia o termina de trabajar	26
27	Inicio o término de escuela	26
28	Cambios en las condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambios en las condiciones y horarios de trabajo	20

32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de pasatiempo	19
35	Cambios en las actividades de la iglesia	19
36	Cambios en actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo para una compra menor (carro, tv, etc.)	17
38	Cambios en los hábitos de sueño	16
39	Cambio en el número de familiares	15
40	Cambio en hábitos alimenticios	15
41	vacaciones	13
42	Navidad	12
43	Violaciones menores a la ley	11