

Instituto Nacional de Endocrinología

Factores relacionados con la demanda de atención médica durante el climaterio

Dra. Elodia Rivas Alpizar,¹ Dra. Daysi Navarro Despaigne² y MSc. Ángela Damary Tuero Iglesias³

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores biológicos y sociales que determinan la solicitud de ayuda médica en mujeres de edad mediana en un área urbana. Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se seleccionaron, mediante el muestreo por conglomerados monoetápicos, 311 mujeres atendidas en 4 consultorios del médico de la familia del policlínico Área III, en Cienfuegos. A cada mujer se le realizó una entrevista para precisar sus características sociodemográficas, presencia de síntomas climatéricos y su intensidad, condicionamiento de género y sus conocimientos sobre climaterio y menopausia, así como los factores que se relacionaron con la solicitud de atención médica, la cual fue realizada por las mujeres con edades entre 45-54 años, con nivel escolar de preuniversitario, quienes presentaron síntomas climatéricos muy molestos y poseían un conocimiento adecuado sobre climaterio/menopausia. Entre las razones para no demandar ayuda médica se encontró que el 14,7 % de las féminas refirió la falta de tiempo a pesar de tener síntomas molestos. La mayoría de las mujeres tuvo sobrecarga de género y conocimiento no adecuado sobre climaterio/menopausia. En conclusión, por primera vez en nuestro medio se reportan los factores sociales y biológicos que motivan o no atención médica durante el período del climaterio.

Palabras clave: Climaterio, menopausia, edad mediana, atención médica.

Durante la edad mediana (40-59 años) ocurre la transición entre la etapa reproductiva a la no reproductiva en la vida de la mujer, proceso que dura varios años y que se conoce como climaterio, donde la menopausia significa el final del período.¹ Estos eventos, aunque son fisiológicos, se acompañan a corto plazo de un conjunto de síntomas clínicos conocidos como síndrome climatérico (SC), y a largo plazo con un incremento en la morbilidad y mortalidad por afecciones dependientes de la aterosclerosis (cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular), la osteoporosis y los cánceres de mama y de endometrio, entre otros, los que en general afectan la calidad de vida de la mujer y acortan su esperanza de vida.²⁻⁵

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

El rol social que desempeñan hombres y mujeres influye tanto en su actividad laboral como en el binomio salud/enfermedad; es así que durante el climaterio algunos

profesionales de la salud consideran que no es necesario el empleo de medicamentos para aliviar los síntomas climatéricos, mientras que otros optan por la “medicalización” como vía casi única para lograr una mejor calidad de vida. Por otra parte, algunas féminas piensan que los malestares del climaterio no requieren tratamiento por considerar que “las mujeres nacieron para sufrir o que todo pasa”; otro grupo buscará la manera de mantenerse eternamente joven y competitiva”.⁶⁻¹³

En Cuba los recursos de salud están al alcance de toda la población, la cual tiene un alto nivel de escolaridad y recibe educación para la salud a través de los medios de difusión masiva, por lo que su población constituye un modelo para identificar los factores biológicos y sociodemográficos que inciden sobre la decisión de la mujer de edad mediana para demandar ayuda médica, lo que constituye el objetivo de esta investigación, cuyos resultados pueden servir para que las autoridades de salud proyecten actividades para mejorar su calidad de vida a partir de las necesidades de la mujer.

MÉTODOS

El policlínico Área III del municipio de Cienfuegos consta de 28 consultorios del médico de la familia y tiene un total de 2 137 mujeres de 40 a 59 años de edad. Para el cálculo del tamaño muestral, que fue de 311 mujeres, se consideró que 30 % de ellas estaría en posmenopausia, con una proporción de 0,5 para lograr el máximo de tamaño muestral y para una precisión de 0,05. Mediante el muestreo por conglomerado monoetápico y considerando los consultorios como conglomerados con características y porcentajes similares para la población de mujeres en estudio, se decidió seleccionar al azar cuatro consultorios y estudiar el total de mujeres de 40 a 59 años.

Criterios de inclusión: 1) Mujeres con edad entre 40 y 59 años, 2) capacidad mental y física para responder al cuestionario y 3) que aceptaran participar en la investigación.

Instrumento: A cada mujer se le realizó en su domicilio una entrevista que permitió identificar los siguientes datos:

Sociodemográficos: edad actual, escolaridad, estado conyugal, índice de condicionamiento de género* (ICG), el cual mide la recarga individual que representan para la mujer sus múltiples roles sociales. Para medirlo se asignó un valor según la complejidad o sobrecarga** en el desempeño de estas: $X=IT+TD+CF+AE$. La X se mueve entre 0 y 10. Mientras tienda a 10 indica mayor carga genérica; IT significa incorporación al trabajo; TD tareas domésticas; CF composición familiar y AE atención a enfermos. Según el valor del ICG se consideró: = 5 no recarga de género y > 5 recarga de género (Artiles Visbal L. Contribución de los roles de género a la determinación del síndrome climatérico).

Clínicos: Tipo de menopausia (natural, artificial, precoz), tiempo de posmenopausia (hasta 5 y más de 5 años): Síntomas referidos en los últimos 6 meses, los que con posterioridad fueron agrupados como: 1) síntomas circulatorios, (sofocos, sudoraciones, palpitaciones), 2) síntomas psicológicos (insomnio, nerviosismo, irritabilidad, labilidad emocional, disminución del interés sexual, pérdida de la memoria-concentración, apatía, tristeza y miedo), 3) síntomas genitourinarios, (dispareunia, disminución del placer sexual, sequedad vaginal, incontinencia urinaria polaquiuria) y 4) síntomas generales

(algias osteoarticulares, aumento de peso, vértigos, sequedad de la mucosa oral, astenia, pérdida de peso y la sequedad de la piel).

Para evaluar la intensidad, el SC empleó el indicador de *Pérez Piñeiro*, donde se le asigna un puntaje en sentido creciente según intensidad del malestar. Con posterioridad se clasificó el SC como asintomático, leve, moderado y muy molesto. Para el puntaje total asintomático o muy leve se determinaron valores de 0 a 24 puntos, leve de 25 a 50, moderado de 51 a 80 y muy molesto de 81 o más (Pérez J, Bayarre H. Diseño y aplicación de un instrumento para medir la severidad del síndrome climatérico).

Conocimiento relativo al climaterio y menopausia: Se expresó como conocimiento adecuado y conocimiento no adecuado, según las respuestas de las mujeres.

Para el procesamiento estadístico la muestra se dividió en 2 subgrupos: uno conformado por las mujeres que solicitaron ayuda médica y el otro por aquellas que no la solicitaron. Se utilizó el método de Chi cuadrado para la prueba de hipótesis sobre la relación que pudiera existir entre las variables y se consideró como valor significativo para las diferencias $p < 0,05$. En la medición del riesgo se emplearon las razones de productos cruzados OR (*odds ratio*) con su intervalo de confianza.

RESULTADOS

En el estudio participaron 311 mujeres (total de la muestra calculada) y se consideraron los siguientes aspectos:

Características sociales y demográficas. Según la distribución por grupos de edades, el 34,1 estuvo entre los 45 y 49 años de edad, el 32,2 entre 55 y 59, el 28,3 entre 50 y 54 y entre los 40 y 44 el 5,5 de la muestra. En el nivel de escolaridad predominaron las categorías de secundaria básica (30,9) y preuniversitario (27,3). El 79,4 de las mujeres refirió tener pareja sexual estable, mientras el 77,1 tuvo indicador de género mayor de 5, lo que significó sobrecarga por razones de género.

Características biológicas. El tipo de menopausia más frecuente fue la natural, con 75,5. El 63,0 se encontraba en etapa de posmenopausia y en el 59,7 transcurrió más de 5 años en la menopausia. El 61,4 de las mujeres consideró la intensidad del SC como leve.

Conocimiento sobre climaterio/menopausia. El 78,8 tuvo un conocimiento inadecuado acerca del tema.

Solicitud de ayuda médica. El 70,1 no solicitó ayuda médica por las razones siguientes: consideraron que la menopausia no es una enfermedad (52,7), desconocían la existencia de un tratamiento y/o de consultas especializadas para esta etapa de la vida (30,3) y no tenían tiempo para asistir al médico (14,7). Este último grupo refirió síntomas climatéricos molestos.

Las que solicitaron ayuda fueron aquellas con edades entre 50 a 54 años (36,4), con nivel educacional de preuniversitario (41,0) y conocimiento adecuado sobre climaterio/menopausia (52,7). En cuanto al condicionamiento de género, la distribución de frecuencias fue similar para ambos grupos ($p > 0,05$).

Las tablas 1 y 2 muestran que las mujeres con nivel de escolaridad de preuniversitario y conocimiento adecuado sobre climaterio/menopausia demandaron ayuda médica 1,97 y 13,01 veces más que el resto. En las tablas 3 y 4 se observa que fue 1,91 y 3,15 veces más frecuente que las mujeres con más de 5 años de posmenopausia y con síndrome climatérico muy molesto.

Tabla 1. Relación entre escolaridad y solicitud de ayuda médica

Escolaridad	Solicitó ayuda				OR	IC: 95 %	Totales	
	Sí		No				No.	%
	No.	%	No.	%				
Preuniversitario	39	45,9	46	54,1	2,7	(1,60-4,56)	85	100,0
Primaria	4	8,5	43	91,5	Referencia		47	100,0
Secundaria Básica	24	25,0	72	75,0		96	100,0	
Técnico	13	31,0	29	69,0		42	100,0	
Universitario	13	31,7	28	68,3		41	100,0	

$$\chi^2 = 21,80 \text{ gl} = 4 \text{ p} = 0,000.$$

Fuente: Encuesta.

Tabla 2. Relación entre conocimiento adecuado y solicitud de ayuda médica

Conocimiento adecuado	Solicitó ayuda				OR	IC: 95 %	Totales	
	Sí		No				No.	%
	No.	%	No.	%				
Sí	49	74,2	17	25,8	13,17	(6,94-24,99)	66	100,0
No	44	18,0	201	82,0	Referencia		245	100,0

$$\chi^2 = 78,58 \text{ gl} = 1 \text{ p} = 0,000.$$

Fuente: Encuesta.

Tabla 3. Relación entre etapa climatérica y solicitud de ayuda médica

Etapa climatérica	Solicitó ayuda				OR	IC: 95 %	Totales	
	Sí		No				No.	%
	No.	%	No.	%				
Premenopausia	1	6,3	15	93,8		Referencia	16	100,0
Perimenopausia	27	27,3	72	72,7			99	100,0
Posmenopausia*	33	28,2	84	71,8			117	100,0
Posmenopausia**	32	40,5	47	59,5	1,91	(1,12-3,26)	79	100,0

$$\chi^2 = 8,99 \text{ gl} = 3 \text{ p} = 0,0145.$$

* Hasta 5 años. ** Más de 5 años.

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Relación entre intensidad de síntomas circulatorios y solicitud de ayuda médica

Intensidad síntomas circulatorios	Solicitó ayuda				OR	IC: 95 %	Totales	
	Sí		No				No.	%
	No.	%	No.	%				
Asintomático	32	24,1	101	75,9		133	100,0	
Leve	12	23,5	39	76,5		51	100,0	
Moderado	16	33,3	32	66,7		48	100,0	
Muy molesto	33	52,4	30	47,6	3,15	63	100,0	

$$\chi^2 = 17,71 \text{ gl} = 3 \text{ p} = 0,0005.$$

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

Estudios realizados en Cuba relacionados con el climaterio muestran que alrededor de los 48 años ocurre la menopausia, aunque desde 5 o 10 años antes se inician síntomas que expresan los cambios que en la función del eje hipotálamo-hipofisoovárico culminan con el cese de la función reproductiva.^{3,7,14} Es de destacar que las características sociales, demográficas y biológicas del grupo de mujeres que conformaron esta investigación fueron similares a las reportadas en estudios realizados en población de Ciudad de La Habana.^{3,14,15}

En casi todas las latitudes las autoridades de salud y la atención médica privada priorizan la atención a la mujer en etapa reproductiva y al niño. En los últimos años del siglo xx el envejecimiento poblacional provocó que se le dedicara mayor atención a la mujer posmenopáusica y surgieron, sobre todo en países del primer mundo, proyectos de investigación que incluían este grupo poblacional, aunque en su mayoría centraban su atención en el empleo de la terapia de reemplazo hormonal, con lo cual transformaron un proceso fisiológico en una “enfermedad”.¹⁶⁻¹⁸

En Cuba se iniciaron estudios encaminados a caracterizar a la mujer en esta etapa de la vida y se propuso un modelo para la atención integral a este grupo poblacional, basado en el diagnóstico médico social.¹⁹ Esta investigación se propuso acercarse a las razones del uso de los servicios médicos por la mujer de edad mediana. Sus resultados muestran que en general la mujer en etapa climaterica demanda poca atención médica, hecho que podría ser considerado como lógico por ser el climaterio una etapa normal en la vida de la mujer, pero también pone de manifiesto la poca “percepción de riesgo” o desconocimiento por la mujer de la morbilidad asociada al climaterio, a pesar de su alto nivel de escolaridad. Investigaciones realizadas en otras latitudes relacionadas con la demanda de ayuda médica muestran resultados similares a estos.²⁰⁻²⁶

Otro resultado a comentar es que el 14,7 % de las mujeres entrevistadas expresó no tener tiempo para asistir al médico a pesar del fácil acceso a la atención médica que existe en el sistema de salud cubano, y de la presencia de síntomas climatericos molestos. No conocemos de otro reporte nacional donde se evalúe este aspecto, por lo que no es posible categorizar este resultado, aunque una probable explicación sería considerarla como expresión de la sobrecarga genérica de la mujer de edad

mediana^{14,19,27} toda vez que la mayoría de las que así respondieron tuvieron mayor índice del condicionamiento de género y mayor intensidad de síntomas circulatorios.

La percepción de riesgo depende, entre otros factores, del nivel cultural y del conocimiento que sobre el binomio salud/enfermedad posea una persona. Los resultados de esta investigación apoyan este supuesto, pues las mujeres con nivel preuniversitario y las que tenían un conocimiento adecuado sobre climaterio/menopausia fueron las que solicitaron ayuda médica, con independencia de la intensidad de sus síntomas. Resultados similares fueron reportados por *Betancourt* y *Navarro* en un grupo de mujeres de edad mediana de Ciudad de La Habana.²⁸

La mayoría de las mujeres tenían un conocimiento inadecuado sobre el climaterio/menopausia a pesar de tener un alto nivel cultural, lo que sugiere la necesidad de incrementar las medidas de educación para la salud dirigidas a la mujer de edad mediana, tomando en cuenta además el papel social que la mujer realiza.

Se concluye que la demanda de atención médica durante el climaterio depende tanto de la intensidad de los síntomas clínicos como del nivel educacional, así como de los conocimientos que sobre esta etapa posea la mujer.

SUMMARY

Factors related to the demand of medical attention during the climacteric

The objective of the present paper is to identify the biological and social factors determining the request of medical attention among middle-aged women in an urban area. A descriptive cross-sectional study was conducted and 311 women that received attention in 4 family physicians' offices of the Area III Polyclinic, in Cienfuegos, were selected by single-stage conglomerate sampling. Every woman was interviewed to determine her sociodemographic characteristics, the presence of climacteric symptoms and their intensity, the gender conditioning and their knowledge on climacteric and menopause, as well as the factors connected with the request of medical attention, which was made by women aged 45-54, with preuniversity educational level, with very disturbing climacteric symptoms and with an adequate knowledge about climacteric/menopause. Among the reasons not to demand medical care, it was found that 14.7 % of the females referred having no time, in spite of presenting annoying symptoms. Most of the women had gender overload and inadequate knowledge on climacteric/menopause. To conclude, it is the first time in our setting that the social and biological factors motivating or not to seek medical care during the climacteric are reported.

Key words: Climacteric, menopause, middle age, medical care.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carr BR. Disorders of the ovaries and female reproductive tract. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Larsen PR (editors). *Williams's Textbook of Endocrinology*. Philadelphia: Saunders Company; 1998:776-7.
2. Lavin Acevedo P. Envejecimiento poblacional y menopausia en Latinoamérica. En: González Campos O, Arteaga Urzua E, Contreras Castro P (editores).

- Menopausia y Longevidad: Perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Climaterio; 1998:60.
3. Navarro D, Desdin M, Padrón R, Seuc A. Factores relacionados con las características del síndrome climatérico en un grupo de mujeres cubanas. *Rev Cubana Endocrinol* 1999;10:116-23.
 4. Soihet S. Consecuencias de la deficiencia estrogénica. En: González Campos O, Arteaga Urzua E, Contreras Castro P (editores). *Menopausia y longevidad: perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Climaterio; 1998:94-9.
 5. Calaf J. Osteoporosis y Menopausia: Tratamiento y prevención. En: Cabero Roura LI, Vanrell Díaz JA, Cabero Roura A, Balasch Cortina J, Calaf Alsina J (editores). *Endocrinología, ginecología y reproducción humana*. Ediciones Ergon. 2000:179-84.
 6. Lugones Botell M, Quintana Riverón TY, Cruz Oviedo Y. Climaterio y menopausia. Importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(5):494-503.
 7. Baró F. Riesgo cardiovascular y THS. En: Cabero Roura LI, Vanrell Díaz JA, Cabero Roura R, Balasch Cortina J, Calaf Alsina J (editores). *Endocrinología, ginecología y reproducción humana*. Ediciones Ergon. 2000:183-5.
 8. González Campos O. Terapias hormonales en el climaterio. En: González Campos O, Arteaga Urzua E, Contreras Castro P (editores). *Menopausia y longevidad: Perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica*: Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Climaterio. 1998:352-72.
 9. Cruz Y, Lugones M, Quesada L. Climaterio: Estrategia terapéutica integral. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(3):276-81.
 10. Navarro Despaigne D, Duany Navarro A. Terapia hormonal de reemplazo: Nuestra experiencia. *Rev Cubana Endocrinol* 1996;7(2):107-11.
 11. Cardona D., Navarro D. Disposición de la mujer y del equipo de salud para la terapia hormonal de reemplazo. *Rev Cubana Endocrinol* (1997)8:31.
 12. Artiles L, Manzano B, Navarro D. Cuerpo, sexualidad y climaterio: la necesidad de un manejo médico social integral. *Rev Centroamericana Obst Ginecol*. 2002;1:2-7.
 13. Hidalgo L. Alteraciones vasomotoras durante el climaterio. *Rev. Ecuatoriana Ginecol Obst* 2002;9:302-3.
 14. Lugones M, Valdés S, Pérez J. Características de la mujer en etapa climatérica. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001;27:16-2.
 15. Navarro D, Pérez J. *Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia*. Editorial Científico Técnica, Ciudad de La Habana, 1998.
 16. Grundy S, Cleeman JI, Bairey Merz N, Bryan Brewer H, Clark LT, Hunninghake DB, Pasternak RC, Smith SD Jr, Stone NJ. for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation*. 2004;110:227-39. Disponible en URL: <http://www.circulationaha.org>
 17. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:321-33.
 18. Million Woman Study. *Lancet*. 2003;362:419-27.

19. Manzano B, Artiles L, Navarro D. Modelo de atención a la mujer climatérica (MACLI). *Rev Cubana Obst Ginecol.* 1998;24:105.
20. Anderson D, Posner N. Relationship between psychosocial factors and health behaviours for women experiencing menopause. *Int J Nurs Pract.* 2002 ;8:265-73.
21. Merom D, Ifrah A, Cohen-Manheim I, Chinich A, Green MS. Factors predicting current use of hormone replacement therapy among menopausal Jewish women in Israel. The National Women's Health Interview Survey, 1998. *Isr Med Assoc J.* 2002;4:671-6.
22. Mueller KA, Sánchez GJ, Sievert LL Sources of information and HRT prescribing practices among gynecologists in Puebla, México. *Maturitas.* 2003;45:137-44.
23. Ekstrom H, Esseveld J, Hovellius B. Associations between attitudes toward hormone therapy and current use of it in middle-aged women. *Maturitas.* 2003;25;46:45-57.
24. Zeolla MM, Cerulli J. Assessment of the effects of a community pharmacy women's health education program on management of menopause survey scores. *J Manag Care Pharm.* 2004;10:442-8.
25. Bair YA, Gold EB, Azari RA, Greendale G, Sternfeld B, Harkey MR. Use of conventional and complementary health care during the transition to menopause: longitudinal results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2005;12:31-9.
26. Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older Australians. *Soc Sci Med.* 2004;59:2121-9.
27. Navarro D, Artiles L, García T. Impacto de los factores sociales en la frecuencia de intensidad del síndrome climatérico. *Rev Ecuatoriana Ginecol Obst* 1998;53:262-5.
28. Betancourt Rodríguez V, Navarro Despaigne D. Factores relacionados con la decisión de solicitar la terapia hormonal de reemplazo. *Rev Cubana Endocrinol* 1999;10(1):43-9.

Recibido: 8 de noviembre de 2005. Aprobado: 23 de febrero de 2006.

Dra. *Elodia Rivas Alpizar*. Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). Zapata y D, Vedado, Ciudad de La Habana , Cuba.

¹ Especialista de I Grado en Endocrinología.

² Especialista de II Grado en Endocrinología. Investigadora Titular. Profesora Titular.

³ Máster en Matemática Aplicada.

* Condicionamiento de género: Proceso de asignaciones sociales diferentes para cada sexo, determinado por el conjunto de atributos culturales asignados, según el sexo biológico, que conforman una manera particular de vida y de concepción del mundo o, lo que es lo mismo, una subjetividad diferente para hombres y mujeres, la construcción de una identidad excluyente de lo masculino y lo femenino, a partir de la apropiación consciente o inconsciente de un universo de valores, prácticas, lenguaje, símbolos y formas de aprehender el mundo, lo que condiciona la reproducción de la cultura como continuidad.

** Sobrecarga por razones de género: Situación que excede el umbral adaptativo morfofisiológico, psicológico y/o social de una persona determinada, como producto de asignaciones culturales y sociales que se expresan en relaciones de poder inequitativas entre los sexos.