



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO USUARIAS DEL
CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. NADEZHDA PAVON MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MA. ELOISA DICKINSON BANNACK

-2011-



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

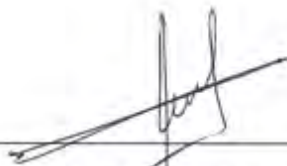
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO USUARIAS DEL
CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA**

AUTOR: DRA. NADEZHDA PAVON MENDOZA

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZALEZ SALINAS



PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

**FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO USUARIAS DEL
CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA**

AUTOR: DRA. NADEZHDA PAVON MENDOZA

AUTORIZACIONES

DIRECTORA DE TESIS



DRA. MA. ELOISA DICKINSON BANNACK

PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M

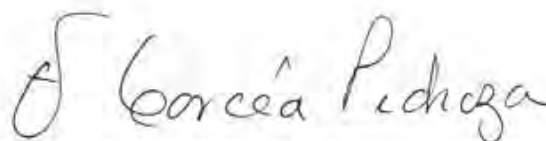
**FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO USUARIAS DEL
CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA**

AUTOR: DRA. NADEZHDA PAVON MENDOZA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

DEDICATORIAS

A Mis Padres

Por darme la fuerza, el apoyo y
el impulso para lograr mis objetivos,
y por ser un ejemplo de superación día con día.

A Mis Amigos

Por todos los momentos de alegría que compartimos,
y por ser parte de un momento importante de mi vida.
La Residencia.

A ti

Por que Dios permitió encontrarnos en el momento
más oportuno en el trayecto de nuestras vidas.
Por brindarme tu tiempo, tu apoyo incondicional, tu compañía.
Te quiero mucho, eres y serás siempre una persona importante en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A La Dra. Consuelo González Salinas

Por que nos recordó los valores,
que debemos tener todos como seres humanos
para nuestro crecimiento personal y profesional.

A la Dra. Ma. Eloísa Dickinson Bannack

Por ser una gran persona
y por el apoyo, la paciencia y el tiempo
que me dedico para poder realizar este proyecto.
Muchas Gracias.....

A Lili

Por todo su apoyo incondicional desde el primer día
De la residencia.

C.S Dr. José Castro Villagrana.

Por las facilidades otorgadas para la realización
de este trabajo de investigación

INDICE

	Pág.
1. MARCO TEORICO	1
1.2 Planteamiento del Problema	16
1.3 Justificación	17
1.4 Objetivos	18
1.4.1 General	18
1.4.2 Específicos	18
1.5 Hipótesis	18
2. MATERIAL Y METODOS	18
2.1 Tipo de estudio	18
2.2 Diseño de la Investigación	18
2.3 Población, lugar y tiempo	19
2.4 Muestra	19
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	19
2.6 Variables	19
2.7 Instrumento de recolección de datos	21
2.8 Método de recolección de datos	22
2.9 Prueba piloto	22
2.10 Procedimiento estadístico	22
2.11 Cronograma	23
2.12 Recursos humanos, materiales físicos y financiamiento del estudio	23
2.13. Aspectos bioéticos	23
3. RESULTADOS	25
4. DISCUSION	27
5. CONCLUSIONES	29
6. BIBLIOGRAFIA	30
7. ANEXOS	32

FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA

RESUMEN

Introducción: En México en los últimos años se ha observado un crecimiento poblacional y un aumento en la esperanza de vida, en las mujeres actualmente es de 77.4 años a nivel nacional y 78.4 años en el distrito federal y se considera que para el 2035 hay una expectativa de vida de 83.4 años, por lo que una de cada tres mujeres estará en etapa del climaterio. El climaterio es un cambio natural de la mujer donde surgen cambios biopsicosociales dividido en tres fases: premenopausia, menopausia y posmenopausia; el cual coincide con la etapa de dispersión o final del ciclo vital de la familia de acuerdo a Duvall. En esta etapa el subsistema conyugal de la familia cursa por crisis normativas como pérdida del poder, redefinición con la pareja y los hijos, así como con crisis paranormativas como las enfermedades crónico degenerativas, entre otras. Al presentarse todos estos cambios se afecta la relación de pareja, cambiando su percepción y calidad de vida de la mujer.

Objetivo: Evaluar la funcionalidad conyugal en la etapa del climaterio en la mujer.

Material y Métodos: Estudio descriptivo observacional de corte trasversal donde se estudiaron a 100 mujeres de 45 a 60 años que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó una entrevista previo consentimiento informado a cada una de ellas. En la entrevista se recabaron datos de: 1). Aspectos socio demográficos de la mujer y su pareja. 2). Etapa del climaterio y sus características. 3). Escala de evaluación de funcionalidad conyugal. Los datos se analizaron a través de medidas de frecuencia y análisis de riesgo para medir asociación.

Resultados: El promedio de edad de las mujeres fue de 51 años, con un nivel escolar bajo siendo su ocupación amas de casa, empleadas y con actividades laborales propias. El 85% eran casadas y pertenecían a una familia nuclear, el ingreso económico familiar fue bajo. En relación a la etapa del climaterio el 63% de las mujeres se encontraban en la posmenopausia. La disfuncionalidad conyugal se presentó con mayor frecuencia en la etapa de la posmenopausia (75%) identificando esta etapa del climaterio como un factor de riesgo para la disfuncionalidad conyugal (RM=2.6, con IC 1-6, p=0.02). Las funciones conyugales con mayor afectación fueron la comunicación y el afecto con un RM de 48.1 y 41 respectivamente. El ingreso económico también influye en la disfunción conyugal (RM_{MH} = 5 con IC 1.6-21, p=0.003), el resto de las variables sociodemograficas no fueron significativas. En relación a las manifestaciones físicas solo los bochornos se encontró asociado (RM 2.3 con IC 1-5, p=0.04).

Conclusiones: La posmenopausia es un factor de riesgo para la disfunción conyugal. La mala comunicación y la falta de afecto son las funciones que con mayor fuerza se asociaron a la disfunción conyugal. El ingreso económico bajo es un factor que favorece la disfunción.

Palabras Clave: Funcionalidad conyugal, climaterio.

CONJUGAL FUNCTIONALITY IN CLIMATERIC WOMEN USERS OF THE DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA HEALTH CENTER

Abstract

Introduction: During the past years in Mexico we have observed a sustained increase in the population growth as well as in the life expectancy which in women is 77.4 years and 78.4 years in the capital city and it is projected to keep growing up to 83.4 years by 2035, this means that 1 of every 3 women will be in climateric stage. The climateric stage is considered a natural change in women where biopsychosocial changes occur, this is divided in three phases: premenopausal, menopause and postmenopausal; which coincides with the dispersion or final stage of the family vital cycle of Duvall. At this stage the conjugal subsystem of the family goes through normative crisis such as the loss of power, couple's redefinition and children's redefinition, as well as paranormative crisis such as chronic disease among others. All of this changes affects the couple relationship and changes a woman perception and life quality.

Objective: Evaluate conjugal functionality during the climateric stage.

Material and Methods: This is an observational descriptive study, transversally analyzed where 100 women from ages 45 to 60 which complied with the inclusion criteria were studied. After signature of an informed consent the data was gathered through an interview with the subjects where we evaluated: 1) social and demographic aspects of the subject and its couple. 2) Climateric stage and its characteristics in every subject. 3) Conjugal functionality evaluation scale. Data was analyzed through frequency measures and odds ratio's to measure association.

Results: Mean age was 51 years, school level was considered low, and the most frequent occupation was house wives. 85% were married and belonged to a nuclear family. Overall economic income was considered low. 63% were in postmenopausal stage. Conjugal malfunction was present with greater frequency in postmenopausal stage (75%), we identified this stage of climateric as a risk factor for conjugal malfunction (OR=2.6, CI 1-6, p=0.02). The most affected conjugal functions were communication and affection with an OR of 48.1 and 41 each one. Economic income also influences conjugal malfunction (OR=5 CI1.6-21, p=0.003), other social and demographic variables were not significant at all. Hot flashes was the only clinical manifestation associated (OR 2.3 CI 1-5, p=0.04)

Conclusions: Postmenopausal stage is a risk factor for conjugal malfunction.

Bad communication and lack of affection are greatly associated with conjugal malfunction. Low economic income is a factor that favors malfunction.

Keywords: conjugal malfunction, climateric.

FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN MUJERES EN ETAPA DEL CLIMATERIO USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes

Demografía de mujeres mexicanas en climaterio.

Según el censo de población y vivienda realizada en el INEGI en el 2005, en México había 103, 263, 388 habitantes de los cuales el 51% corresponden al sexo femenino y para el Distrito Federal el 52.1% son mujeres en una población 8 720 916 habitantes. ⁽¹⁾

Considerando que la etapa del climaterio de las mujeres mexicanas es de 45 a 65 años, el 7.51% de las mujeres se encontraron cursando esta etapa en la población mexicana, en el Distrito Federal fue el 12% de la población total de mujeres. ⁽²⁾

En relación a la esperanza de vida de las mujeres el INEGI determino que en el año 2007, para la República Mexicana es de 77.4 años y para el Distrito Federal es de 78.4 años, como se representa en la figura 1. Identificándose que en México las mujeres viven en promedio más que los hombres.



Figura 1: Esperanza de vida en el 2007 según el sexo. INEG 2005.

De esta manera podemos corroborar que las mujeres viven todavía una tercera parte de su vida después de la menopausia, teniendo en cuenta que la edad promedio de esta etapa es de 47.6 años. ⁽²⁾

También se ha considerado que para el 2010 la esperanza de vida en la mujer sea de 80 años y para el 2035 una de cada tres mujeres mexicanas estará en la etapa del climaterio o en la pos menopausia y con expectativas de vida de 83.4 años. ⁽²⁾

Climaterio

El climaterio es un cambio natural en la mujer como en el hombre. En esta etapa la mujer pierde su capacidad reproductiva secundaria a la disminución de la función ovárica y a su capacidad de responder a las gonadotropinas, de modo que disminuyen los ciclos sexuales y la menstruación, también surgen cambios importantes en su esfera biopsicosocial. ⁽³⁾

La palabra climaterio proviene del griego climax que significa: cumbre, escalón, terminación del ascenso e inicio del descenso. (4)

El Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia define al: Climaterio como la fase en el proceso de envejecimiento en el que una mujer pasa de la edad reproductiva a la edad no reproductiva. Esta definición fue aceptada según la Sociedad Internacional de Menopausia fundada en 1976 en el primer Congreso Internacional de Menopausia, celebrado en Francia, que actualmente sigue en uso, otros autores la definen como: “El periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación”, que corresponde a la definición dada por el comité. (3)

El climaterio se divide en tres etapas: Pre menopausia, menopausia y pos menopausia. (3,5, 6, 7)

Cuando hay un conjunto de signos y síntomas que anteceden y siguen a la menopausia, como consecuencia a la declinación o el cese de la función ovárica se denomina Síndrome Climatérico. (7)

Etapas del Climaterio

Premenopausia

De acuerdo a la NOM-035-SSA2-2002 la define como: “La totalidad del periodo reproductivo hasta la última menstruación” y El Colegio Mexicano de Especialistas de Ginecología y Obstetricia la definen como: “El periodo comprendido por los dos últimos años previos a la menopausia”. En esta etapa se encuentra la peri menopausia que es el periodo comprendido desde el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma. (5,8)

Durante esta etapa encontramos un acortamiento de los ciclos menstruales de 35 a 28 días secundario al acortamiento de la fase folicular y la duración de la fase lútea permanece constante. Después de los 45 años de edad, la función del ovario se altera secundario al envejecimiento. En un ciclo normal las concentraciones de hormona foliculo estimulante (FSH) se encuentra muy elevada durante la fase folicular temprana y disminuye al aumentar el estradiol durante la maduración folicular y en la pre menopausia los valores de FSH se encuentran al máximo en la mitad del ciclo y posteriormente en la fase lútea. El mecanismo que causa este aumento temprano de FSH probablemente se relaciona con la inhibina, que es una hormona polipeptídica que se sintetiza y es secretada por las células de la granulosa, que causa retroalimentación negativa sobre la liberación de FSH de la hipófisis. Al disminuir la cantidad de ovocitos, las concentraciones de inhibina caen ocasionando un aumento de FSH. Y a consecuencia de esto presentan irregularidades menstruales caracterizada por intervalos menstruales largos y cortos y un aumento absoluto en la duración promedio del ciclo y variaciones. En relación a las concentraciones de hormona luteinizante (LH) no se encuentran cambios en esta etapa. Estas irregularidades se presentan en un 95% por maduración irregular de folículos, con la mayoría de los ciclos anovulatorios y exposición constante del endometrio a estrógenos. En las mujeres que experimentan menopausia temprana su periodo de irregularidad es más corto en cambio, las que experimentan su menopausia a edades mayores, su irregularidad se extiende más tiempo. (2,5, 6,9)

Para establecer que una mujer se encuentra cursando el climaterio o en la peri menopausia se puede realizar por clínica, mediante una historia de irregularidades menstruales, amenorrea, con bochornos y diaforesis nocturnas, resequedad vaginal, etc., no requiere de una prueba de laboratorio adicional. La determinación de hormona folículo estimulante (FSH) puede ser útil en mujeres con sospecha de menopausia prematura. Conforme se inician los ciclos anovulatorios la FSH Y LH (Hormona Luteinizante) permanecen crónicamente elevadas de 10 a 20 veces para la FSH o mayor de 17mUI/ml en fase folicular temprana en los días 2 a 6 del ciclo y de 3 a 5 veces para la LH y el estradiol cae por debajo 50pg/ml. ^(5,9)

Menopausia

Según sus raíces griegas proviene de la palabra meno: menstruación, pausia: cese (Es el cese de la menstruación). La menopausia se refiere a la fecha de la última menstruación, en la cual de forma variable, el ovario deja progresivamente de producir hormonas.

Se divide en tres tipos:

- 1) *Menopausia natural o fisiológica*: Último periodo menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva, una vez que han transcurrido 12 mese consecutivos de amenorrea, para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica.
- 2) *Menopausia inducida*: Cese de la menstruación debido a pérdida de la función ovárica por extirpación quirúrgica de ambos ovarios (con o sin histerectomía) o daño de la función ovárica por quimioterapia o radiación.
- 3) *Menopausia prematura*: Cuando el cese de la menstruación ocurre a una edad menor a dos desviaciones estándar de la media estimada para una población de referencia. ^(2,5,6,9,10)

No hay relación entre la edad de la menarca y la menopausia. En México la menopausia se presenta a los 47.6 años con limite entre los 41 y 55 años. En un estudio multicentrico de la Red Latinoamericana de Investigación en el Climaterio (REDLINC) publicado en el 2006 e encontró que existen múltiples variaciones que condicionan la menopausia una de ellas es la altitud de las ciudades como un factor común, el matrimonio, la paridad, el peso, la estatura y el uso prolongado de anticonceptivos orales no parecen influenciar la edad de la menopausia. La edad de la menopausia puede atribuirse a factores genéticos ya que 50% de la mujeres presentan su menopausia a la misma edad que la presento su madre.

El cese de la menstruación antes de los 40 años es llamado menopausia prematura o falla ovárica prematura; se presenta aproximadamente 0.9% de las mujeres. ⁽²⁾

Posmenopausia

Se define como la etapa iniciada a partir del último periodo menstrual, ya sea por menopausia inducida o natural y abarca un periodo de 10 años. ^(2, 5, 9)

Cambios Fisiológicos

Metabolismo de las hormonas y su acción

En la etapa del climaterio en un inicio hay cambios en la secreción de los andrógenos, estrógenos, progestágenos, por la disminución de la función ovárica.

Estrógenos

Una vez dentro de la célula los estrógenos se unen a su receptor en la membrana nuclear el cual pasa de su forma inactiva a activa para interactuar con el sistema de transcripción. Se han identificado dos tipos de receptores llamados alfa y beta, ambos son proteínas de membrana del núcleo celular, siendo el alfa de mayor tamaño y se expresan de manera diferente según el tejido donde se localicen. Los receptores estrogénicos alfa se encuentran fundamentalmente en el endometrio, la mama y el ovario, actuando en el crecimiento, la diferenciación y la función de los tejidos del sistema reproductivo, en el tejido mamario tiene efecto proliferativo del epitelio ductal. Los beta predominan en los riñones, mucosa intestinal, parénquima pulmonar, médula ósea, hueso, cerebro teniendo un efecto protector al inducir la sinapsis y remodelación de las dendritas, en el hueso cortical humano predomina los receptores estrogénicos alfa, mientras que los beta muestran mayores concentraciones de expresión en el hueso esponjoso, su efecto es antiosteolítico debido a que suprime la síntesis de IL-1, IL-6 y de factor de necrosis tumoral, los cuales estimulan la diferenciación de los osteoclastos. En el hígado estimula la producción de proteínas, factores de coagulación y receptores para lipoproteínas hepáticas, en el ojo disminuye la presión ocular, la resequeadad corneal y la aparición de cataratas, en la piel y las mucosas favorecen su hidratación. Posterior a la menopausia los niveles de estrógenos se reducen, el que mayormente disminuye es el estradiol, la disminución más importante de este estrógeno se ve un año después de la menopausia. La fuente de estradiol en mujeres postmenopausicas son las suprarrenales ya que los ovarios producen muy poco. Durante el periodo menstrual normal las concentraciones plasmáticas promedio de estradiol se encuentra entre 50-350pg/ml, en mujeres postmenopausicas es de 12pg/ml con un rango de 5-25pg/ml. Los niveles por debajo de 20pg/ml pueden ayudarnos a establecer el diagnostico de menopausia. (3,9)

Andrógenos

Durante la vida reproductiva el principal andrógeno ovárico es la androstenediona. En las postmenopausicas hay reducción de esta hormona en aproximadamente 50%, reflejando la ausencia de actividad folicular. La mayor parte de esta hormona es producida por la glándula adrenal, el ovario aporta solo el 20%. La testosterona en mujeres posmenopausicas se disminuye muy poco, en comparación con mujeres premenopausicas. Aproximadamente el 15% de la androsteneidona circulante es convertida a testosterona. El aumento en la testosterona, disminución en los estrógenos y disminución de la globulina fijadora de hormonas sexuales explica los síntomas de defeminización, hirsutismo y virilización que se ven ocasionalmente en las posmenopausicas.(3,9,11)

Progesterona

En mujeres jóvenes, la principal fuente de progesterona es el cuerpo lúteo después de la ovulación. Durante la fase folicular del ciclo los niveles de progesterona son bajos, con la ovulación, los niveles se incrementan importantemente, reflejando la actividad secretoria del cuerpo lúteo. En mujeres posmenopausicas los niveles de progesterona representan solo un 30% de los observados en la fase folicular temprana en mujeres jóvenes. Los niveles bajos de progesterona en las posmenopausicas son mantenidos por la secreción adrenal. En mujeres jóvenes que menstrúan, los niveles promedio de progesterona son de 0.4ng/ml, durante la fase folicular, con variación entre 0.2-0.7ng/ml. Durante la fase lútea la progesterona aumenta y luego disminuye reflejando la actividad del cuerpo lúteo, sus niveles varían entre 3-21ng/ml con promedio de 11ng/ml. En posmenopausicas los niveles promedio de progesterona son de 0.17pg/ml.^(9,11)

Manifestaciones Clínicas

Como se menciona anteriormente las alteraciones físicas están relacionados con lo cambios hormonales, estos cambios pueden durar meses o años y no siempre se van a encontrar los mismos síntomas en todas la mujeres, los más frecuentes son los bochornos en un 70% de las mujeres menopáusicas. Otro de los cambios son alteraciones menstruales, sequedad vaginal y atrofia, así como problemas urinarios e insomnio. El conocimiento sobre el tratamiento de los síntomas de la menopausia por parte de la mujer es bajo y sólo el 18% se informa a través del ginecólogo. ^(6,9)

Bochornos

Son causados por inestabilidad del centro termorregulador (región anterior del hipotálamo), estimulando las fibras colinérgicas simpáticas de las glándulas sudoríparas e inhibiendo los receptores alfa adrenérgicos de los capilares periférico con lo consecuente vasodilatación cutánea. La causa por la que se presentan no se sabe, pero hay teorías una de ellas es que los estrógenos aumentan la respuesta del centro termorregulador e inhiben la respuesta alfa adrenérgica. Los bochornos están relacionados con picos Hormona Luteinizante (LH) y disminución de varios neurotransmisores como opiodes, noradrenalina y dopamina. Los bochornos y sudoraciones se presentan en el 70% de las pacientes. El 82% lo experimentan por un año, pero puede prolongarse hasta por más de 5-15 años. La mujer experimenta, normalmente primero opresión en la cabeza, seguida de sensación de quemazón en cabeza, cuello y tórax, luego sudoración profusa y taquicardia; estos síntomas duran en promedio 4 minutos hasta 10 minutos, su frecuencia de 1-2 por hora. Los bochornos no tienen ciclos circadianos, pero si se presentan durante las horas de sueño, que pueden causar alteraciones en el y alteraciones afectivas como ansiedad. ^(9,11)

El 40.4% de mujeres pos menopáusicas reportan dificultad para dormir, una de las causas son el insomnio, apnea del sueño, un incremento en el numero de despertar constantemente. Los desordenes al dormir provocan fatiga y una disminución en la concentración durante el día. ^(9,12)

Tracto Reproductivo

En vagina, el epitelio se adelgaza y las rugosidades se disminuyen o aplanan y llevan a una vaginitis atrófica. El cérvix disminuye su tamaño y la producción de moco contribuye a la resequedad vaginal

y la dispareunia. El 44% de mujeres pos menopáusicas reportan disminución en la lubricación vaginal. En relación a la dispareunia se ha reportado un 20% en mujeres pos menopáusicas, 9.8% en mujeres pre menopáusicas y el 7% en mujeres peri menopáusicas. (5,9)

Esfera Sexual

En el comportamiento sexual actúan tres factores muy importantes: libido o deseo sexual, el factor endocrino y las creencias socioculturales. Se ha visto aumento en la disfunción sexual en las postmenopausicas como a consecuencia a disminución de la libido con la edad, el hipoestrogenismo con lleva a atrofia vaginal y dispareunia, disminución de la sensibilidad en los genitales, menos secreción glandular, menos vasocongestión y disminución de la flexibilidad de la vagina. (5,9)

Dentro de la sintomatología que presenta las mujeres en esta etapa es: disminución del deseo sexual, menor respuesta sexual durante estimulación sexual, sequedad vaginal y dolor en el coito, disminución de frecuencia de relaciones sexuales. También se ha observado que las mujeres con mayor interés en el sexo antes de la menopausia son las que experimentan más angustia debido a los cambios en la salud sexual después de la menopausia. Los factores que influyen en el funcionamiento sexual son el proceso de envejecimiento, funcionamiento sexual previo, desórdenes psiquiátricos, barreras psicológicas, factores culturales, disponibilidad de pareja, problemas para relacionarse y terapia hormonal. Otro estudio de 308 personas reportó que el 14% espontáneamente tenían una disfunción sexual y el 55% lo comentaba solamente si lo preguntaba intencionadamente el medico. Por lo que es importante interrogar esta esfera en todas aquellas mujeres que se encuentren en esta etapa. Aproximadamente el 50% de las mujeres entre la edad de 45-59 años reportan una disminución en su actividad sexual, siendo solo una vez por semana. (9,13)

Tracto Urinario

Los estrógenos mantienen en perfecto estado el epitelio de la vejiga y la uretra, por lo que pueden presentar adelgazamiento similar a los de vagina y dar sintomatología como urgencia, frecuencia e incontinencia por cistitis atrófica. (5,9)

No se ha encontrado asociación causal entre la menopausia e infecciones urinarias recurrentes, los cambios fisiológicos son acortamiento de la uretra distal, alcalinización del pH vaginal y desaparición de lactobacillus, podrían aumentar la susceptibilidad de contraer una infección urinaria en algunas mujeres. (11)

La incontinencia urinaria reportada por algunas mujeres durante la menopausia es particularmente estresante en situaciones sociales por lo que va afectar su calidad de vida. (11,12)

Cambios Psicológicos

Los síntomas más habituales son los relacionados con los cambios de humor, irritabilidad, ansiedad y depresión algunos de los factores que pueden influir en estos cambios son la incapacidad de la procreación y otra el alejamiento de los hijos del hogar. (6, 9,14)

La depresión se ha observado hasta en el 26%. Los hallazgos son muy variables y están relacionados con el rango amplio de respuesta de las mujeres a la menopausia y en la forma en que

se auto perciben. Se ha encontrado que estas pacientes tienen alteraciones de las aminas cerebrales; la deficiencia de estrógenos se asocia a disminución de la actividad de los opioides endógenos. (11)

Alguna de las hipótesis etiológicas de los trastornos depresivos en esta etapa son:

- ❖ A nivel hipotalámico el descenso del nivel estrogénico da lugar a los síntomas vasomotores, desórdenes de las conductas alimentarias alteración de la presión arterial.
- ❖ Al nivel del sistema límbico, el descenso estrogénico dan lugar a trastornos psicológicos como depresión o fluctuaciones del estado de ánimo, ansiedad e irritabilidad.

Los factores de riesgo más importantes son periodo de transición entre peri y menopausia mayor de 27 meses y depresión postparto, así como hay otros factores de riesgo como historia previa de depresión, historia de disforia relacionado con anticonceptivos orales, historia de trastorno disforico premenstrual, síntomas vasomotores severos, mala calidad del sueño, disfunción tiroidea, bajo nivel educacional, problemas crónicos de salud. Las alteraciones psicológicas durante la menopausia son efectos secundarios a los síntomas vasomotores. Se ha observado una respuesta favorable en relación a las alteraciones del estado de ánimo con el uso de la terapia de reemplazo hormonal. (12,13)

La Familia

La palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo. Con el paso del tiempo y la evolución de la familia han surgido diferentes definiciones de ella, una de ellas es la de Manuel Ribeiro define a la familia como: "Grupo primario formado por padre(s) e hijo(s) y eventualmente otros parientes, unidos entre sí por lazos múltiples y aviaados que se apoyan y ayudan de manera reciproca y que cumplen diversas funciones en beneficio mutuo y de la sociedad". (15,16, 17)

La OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los limites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no pueden definirse con precisión en escala mundial". (17)

El Diccionario de la Real Academia Española la define: Como un grupo de personas emparentadas entres sí que viven juntas. Conjunto de ascendentes, descendientes, colaterales y afines de un linaje (ascendencia o descendencia de cualquier familia). (17)

Al tener diferentes definiciones de familia el Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, en el 2005 llegan aun consenso y definen a la familia en base a la perspectiva del médico familiar como: "Un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso de salud y enfermedad". (16)

La familia es una unidad funcional donde la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma, además se considera como un sistema de interacción o de transacción que se presenta en el individuo como sentimientos de identidad e independencia.

Por lo que se considera como un grupo primario cuyas características son las propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo. (16,18)

La teoría sistémica de Steinglass define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subsistemas (padres, hijos, etc.) que conviven uno con otros en una relación consistente y duradera. Al definir a la familia como un sistema y a sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existen entre ellos. (17,18)

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son:

- ❖ *El Subsistema Conyugal*: Se constituye por un hombre y una mujer que deciden unirse con la intención de construir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua.
- ❖ *El Subsistema Paterno-Filial*: El nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar ya que, al aparecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal; no es simplemente asumir nuevos roles.
- ❖ *EL Subsistema Fraternal*: Constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En él aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir. (16,17)

Ciclo vital familiar

El curso del desarrollo de la familia va por diferentes etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que puedan afectar la salud de sus miembros, este ciclo vital familiar nos va hacer entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

En 1957 Duvall clasifico el ciclo vital de la familia en cuatro etapas y ocho fases como se muestra en la siguiente tabla 1:

Tabla 1

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

ETAPA	FASE	CARACTERISTICAS	DURACION
CONSTITUTIVA	* <i>Preliminar</i> * <i>Recién Casados</i>	*Noviazgo *Sin hijos	*Indefinida *Hasta el nacimiento del 1er. hijo.
PROCREATIVA	* <i>Expansión</i> * <i>Consolidación y Apertura</i>	*Nacimiento del 1er. Hijo Hijos preescolares *Se inicia la socialización Secundaria	*Hijo mayor, del nacimiento a 2.5 años. Hijo mayor de 2.5 a 6 años. *Hijo mayor de 6 a 13 años (edad escolar) Hijo mayor de 13 a 20 años (adolescencia)
DISPERSION	* <i>Desprendimiento</i>	*Inicia con la salida del hogar del 1er. Hijo.	*Termina con la separación última de los hijos.
FINAL	* <i>Independencia</i> * <i>Disolución</i>	*Conyugues nuevamente solos. *Vejez de la pareja Viudez	*Hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro. *Hasta muerte del conyugue. Hasta la muerte del miembro restante.

Fuente: Huerta GJ. Medicina Familia. La Familia en el Proceso Salud- Enfermedad, 1era. Edición, México D.F, Editorial. Alfi, 2005:19.

La mayoría de mujeres que se encuentran en la etapa de la menopausia están en su ciclo vital correspondiente a la etapa de dispersión o final, por lo que las alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad, se intensifican al presentar el síndrome del nido vacío o por encontrarse en la etapa de jubilación e inician con sentimientos de minusvalía y una disminución de la satisfacción personal, estos factores influyen en la calidad de vida y en el subsistema conyugal. ⁽¹⁷⁾

Roles

Un rol o papel es la conducta esperada de un individuo al interactuar con otros miembros de la sociedad, los roles y las responsabilidades que se le asignan son diferentes en cada una de las sociedades, las culturas y los periodos históricos.

Los roles familiares se refieren a la forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar específica en la que están involucradas otras personas u objetos. Burgess sugirió que la familia podría ser estudiada como una unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia una posición definida por un determinado número de roles. ⁽¹⁷⁾

Según Hoffman estos roles o conductas esperadas se dan en dos tipos de relación: una igualitaria y otra complementaria, así como deben ser flexibles e intercambiables, por que cuando se dan de forma rígida se vuelven patológicos, creando rupturas o resentimientos. Para Satir son formas sociales de actuar con otros en diferentes situaciones sociales y considera que estos son enseñados por la familia como una parte de sus funciones. ⁽¹⁸⁾

En el modelo de Mc. Master son definidos como patrones repetitivos de conducta por medio de los cuales los miembros de la familia cumplen ciertas funciones. ⁽¹⁷⁾

Los roles dentro de la familia se clasifican como:

Los roles en la familia pueden ser asumidos o asignados estos a su vez se dividen en roles tradicionales (esposa-esposo, hija-hijo, etc), idiosincráticos o estereotipados.

En los roles idiosincráticos puede ser funcionales o disfuncionales

❖ *Funcionales*

- *Aceptados:* Si cada miembro se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdos sobre lo que se espera de él.
- *Flexibles:* De tal manera que se puedan llevar a cabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere la homeostasis.
- *Complementarios:* Los papeles tradicionales siempre significan pares. (No se puede desempeñar el papel de esposa sin marido, el de padre sin hijo, etc.)

❖ *Disfuncionales*

- Son ambiguos, matizados de rivalidad, competencia, rígidos.
- No complementarios

❖ *Instrumentales* (recursos como dinero, alimentación, vestido, transporte, etc.)

❖ *Afectivo* (Apoyo, crianza, etc.) ⁽¹⁷⁾

Comunicación Familiar

La comunicación es un proceso de integración social a través del cual se conocen e intercambian experiencias, ideas, sentimientos, creencias, etc. La forma de comunicarse dentro de la familia es un indicador de su grado de funcionalidad y debe evaluarse de acuerdo a los siguientes niveles.

- ❖ *El primer nivel:* Está relacionado con la comunicación afectiva (sentimientos), y con el cumplimiento de las tareas habituales cotidianas o con labores mecánicas, denomina comunicación instrumental.
- ❖ *El segundo nivel:* Se refiere a la entrega del mensaje, que puede ser forma clara o enmascarada, según sea su calidad.
- ❖ *El tercer nivel:* Se relaciona con el receptor del mensaje, entonces la comunicación puede ser directa, cuando se enfoca a quien va dirigido y desplazada o indirecta, cuando se utiliza algún intermediario.

En las familias disfuncionales la comunicación afectiva es la primera en verse afectada y a medida que el conflicto es mayor es más factible que la comunicación se vuelva enmascarada y desplazada.

(16, 17,18)

Funciones de la familia

La familia es la institución social básica en el seno de la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Son dos las funciones que asume la familia: Asegurar la supervivencia de sus miembros y formar sus cualidades humanas. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones o en su incumplimiento se habla de familia funcional o disfuncional. También se considera funcionalidad familiar a la capacidad del sistema para enfrentarse y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. ⁽¹⁷⁾

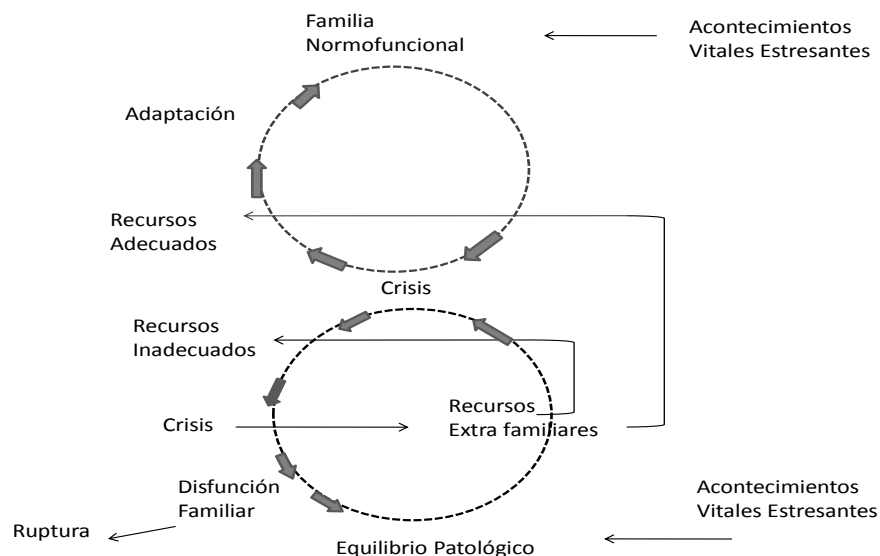
La familia es normo funcional cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentre y en relación a las demandas que percibe desde su ambiente externo o su entorno y cursa con cuatro etapas secuenciales: proceso de identidad, disposición al cambio, proceso de la información y estructuración de roles.

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios. (17)

- ❖ *Comunicación*: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncionalidad.
- ❖ *Individualidad*: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se tolera, sino se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y el grupo familiar.
- ❖ *Toma de decisiones*: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder.
- ❖ *Reacción a los eventos críticos*: Una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. (17,18)

Smilkstein propone un modelo que permite comprender los cambios que se producen en las familias, al encontrarse con crisis, como se muestra en el esquema1. Las familias no son normales ni anormales, funcionan de acuerdo a sus posibilidades y a su capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo vital. La familia puede encontrarse en cuatro estadios dinámicos diferentes: familia normofuncional, crisis familiares, disfunción familiar y familia en equilibrio patológico. (18,19)

Esquema Num.1 Ciclo de Funcionamiento Familiar de Smilkstein



Fuente: Velazco R, Chávez V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev Méd del IMSS 1994; 32 (3):271-275.

Crisis familiares

Es un estado temporal de trastorno y desorganización que se caracteriza sobre todo por una incapacidad, para manejar situaciones particulares y el individuo utiliza métodos acostumbrados para la solución de problemas dado el potencial para obtener resultados radicalmente positivos. ^(16,17) También es definida como cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma. Son de dos tipos:

- ❖ *Crisis normativas o evolutivas*: Están relacionadas con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Se refiere a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia, por lo cual se les llama también intrasistémicas. Marcan la transición de una etapa a otra, son oportunidades de crecimiento para cada una de sus miembros al posibilitar la adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones, compromisos intrafamiliares o extra familiares según el momento, lo que va dando forma a la identidad de cada uno de los miembros y del grupo familiar.
- ❖ *Crisis paranormativa*: Son expectativas adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior (inter sistémicos), aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia. Estas crisis usualmente se asocian con grandes periodos de disfunción durante los cuales los miembros de la familia presentan dificultades en la comunicación y la identificación de los recursos necesarios para resolverlas. ⁽¹⁷⁾

Los eventos críticos normativos y paranormativos se clasifican en:

- ❖ *Instrumentales*: Los que surgen de los aspectos dinámicos y mecánicos de la vida diaria.
- ❖ *Afectivos*: Aquellos que amenazan las situaciones emocionales de la vida familiar. ⁽¹⁷⁾

Las crisis familiares se caracterizan por cuatro etapas subsecuentes hasta su resolución que son las siguientes:

- ❖ *1er. Estadio. Choque*: Aturdimiento, incertidumbre, negación.
- ❖ *2do Estadio. Rechazo*: Enojo, confusión, agresión verbal y de culpa.
- ❖ *3er. Estadio. Depresión*: Manifestaciones clínicas depresivas.
- ❖ *4to. Estadio. Reorganización*: Aceptación, recuperación, proyectos.

La duración promedio de las crisis en familias funcionales es alcanzada de 5 a 6 semanas, con importantes variaciones anímicas dependiendo del impacto que provoca la crisis en familias con disfunción severa, si no reciben ayuda terapéutica la crisis puede prolongarse más de 72 semanas. La resolución de la crisis depende de cuatro recursos fundamentales: productividad, eficiencia familiar, patrones de liderazgo, expresión de los conflictos y claridad de la comunicación ⁽¹⁸⁾

Funciones de la pareja

Rage Atala define a la pareja como un sistema constituido por dos individuos en interacción simultánea que posee ciertas características como totalidad, límites, jerarquías, comunicación, con capacidad para el cambio. ⁽²⁰⁾

Las funciones llevadas a cabo por la pareja deben ser claras y gratificantes. Por lo que se considera sano a una pareja aquella que sabe como manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten y en los momentos que sean.

Las principales funciones conyugales determinadas por Watzlawick son:

- ❖ *Comunicación*: Debe ser clara, directa y congruente.
- ❖ *Adjudicación y asunción de roles*: La pareja adjudica roles que son necesarios en la familia y estos deben ser congruentes, satisfactorios y flexibles.
- ❖ *Satisfacción sexual*: En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los conyugues y esta determinada por la frecuencia de la actividad sexual y satisfacción.
- ❖ *Afecto*: Esta función se evalúa a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, por la satisfacción percibida por los conyugues del tiempo que pasan juntos y la reciprocidad lo cual implica que cada uno de los conyugues esté dispuesto a dar a la menos lo que recibe.
- ❖ *Toma de decisiones*: Puede ser conjunta en el cual ambos conyugues exponen sus opiniones y provoca sentimientos de interés o individual donde uno de los conyugues toma la decisión. ⁽²¹⁾

Etapas y crisis de la pareja

Mario Sumaya a determinado que la pareja cursa por etapas y tareas de acuerdo a su ciclo de la siguiente manera:

Etapas I: Selección y matrimonio temprano, donde una pareja heterosexual u homosexual decide vivir junta con o sin la sanción legal o religiosa.

Tareas:

- a) La selección es con base en la satisfacción de necesidades generales y específicas.
- b) Separación de las familias de origen, desarrollo de la identidad de la pareja.
- c) Desarrollo de un compromiso mutuamente satisfactorio con base en la determinación de la calidad y cantidad de afecto, consideración, comunicación y respeto.
- d) Aprendizaje inicial de mecanismos para la resolución de desacuerdos o conflictos.
- e) Desarrollo de una vida sexual mutuamente satisfactoria.
- f) Afrontamiento y adaptación a la familia extensa.
- g) Ajuste a la posibilidad de ser padres.

Etapas II: Parentalidad y asentamiento. Que corresponde con la llegada de los hijos y/o inicio de las dudas sobre la adecuada selección de pareja. Duración entre los 3 y 10/15 años de relación de pareja

Tareas:

- a) Desarrollo del embarazo y tener hijos.
- b) Afrontamiento de atracciones tanto del interior como del exterior del matrimonio.
- c) Establecimiento por medio del logro de una comunicación más eficiente y operativa de un frente común ante los hijos.
- d) Aprendizaje de los roles parentales.
- e) Definición de la identidad de pareja, ahora como familia nuclear.
- f) Ajuste de la pareja a la comunidad de familias con hijos en edad escolar.
- g) Definición y adecuación de las nuevas relaciones de poder.

Etapa III: Individualidad, diferenciación y estabilización. Aparición y desarrollo de los procesos conjuntos de la adolescencia y de la partida de los hijos, desarrollo individual de los miembros de la pareja y resolución de dudas acerca de la elección de la pareja. Tiene una duración entre los 15 y 25/30 años de relación.

Tareas:

- a) Mantenimiento del vínculo de pareja de frente a las tensiones que significan la adolescencia, las crisis de edad media, y la posibilidad de aburrimiento mutuo.
- b) Mantenimiento de una comunicación adecuada.
- c) Enfoque realista de la relación, replanteamiento de las expectativas y el nivel de compromiso mutuo así como el establecimiento de intereses mutuos.
- d) Transición de la familia como plataforma de despegue físico y/o emocional de los hijos.
- e) Terminación de las dudas acerca de la elección de la pareja en base a una profundización de la comunicación y reafirmación como pareja.

Etapa IV: Pos parental “Nido vacío”, contracción y vejez de la pareja (definida por la salida del último hijo). Duración 30 años de relación de pareja hasta la muerte de uno de sus miembros.

Tareas:

- a) Afrontamiento: pérdida gradual o súbita del poder. Centralidad, el retiro, enfermedad, la vejez, la soledad, y la muerte.
- b) Redefinición: relaciones de poder frente a la pareja, hijos y familiares.
- c) Apoyo: Búsqueda de significado y satisfacción tanto individual como de pareja.
- d) Mantenimiento y profundización de la relación de pareja, miembro de la familia extensa, otros. ⁽²²⁾

Disfuncionalidad conyugal en el climaterio

La mujer en esta etapa cursa con cambios en diferentes áreas como son la biológica (cambios hormonales), la social, la familiar y de pareja que pueden llevar a no tener un adecuado bienestar y satisfacción de vida. Las causas del bienestar en esta etapa de transición de la vida de la mujer

están dadas por una compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos. Los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales, que facilitan o entorpecen su pleno desarrollo. Los factores subjetivos están determinados en última instancia por la valoración que la mujer hace de su propia vida y de esta etapa en particular. (23,24)

En estudios que se han realizado en mujeres en el climaterio han determinado un alteración en el ambiente familiar y conyugal, donde las quejas más frecuentes fueron la insatisfacción por falta de apoyo familiar y la poca comunicación entre todos sus integrantes, un 50% de ellas refieren problemas de comunicación con su esposo, así como el poco tiempo que conviven todos juntos. Respecto a la relación de pareja el área que se ha estudiado con mayor énfasis es la esfera sexual reportando una insatisfacción en un 39%, un 57% tenían dificultad para alcanzar el orgasmo y también destacan las pocas manifestaciones de afecto de sus parejas y la calidad de tiempo dedicados a la mujer. Otros factores que determinan los conflictos familiares son la economía hasta en un 61%, así como el alcoholismo un 48%, refiriendo las mujeres que un 23% por esta causa faltaban a sus deberes en casa. (24, 25, 26,27)

Evaluación del subsistema conyugal

Este instrumento es propuesto por el Dr. Chávez Aguilar Víctor que ha a tenido validación practica desde 1990 y es utilizada por médicos residentes de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como ha sido utilizado en diferentes estudios de investigación. (21, 28, 29, 30)

Esta escala toma en cuenta las principales funciones del subsistema que son: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, donde cubre a cada función un criterio cuantitativo y cualitativo de evaluación a través de algún indicador, este instrumento debe ser empleado por el médico entrevistador y completado en un máximo de dos entrevistas. En relación a sus funciones la escala valora la comunicación en tres puntos si es clara, directa y congruente dando el 30% de la evaluación con un indicador de nunca con un valor de 0 puntos, ocasional 5 puntos y siempre 10 puntos para cada uno, en el área de adjudicación y asunción de roles valora la congruencia, satisfacción y flexibilidad dando un 15% con un indicador de 0 puntos para nunca, 2.5 puntos para ocasional y 5 puntos para siempre, en el área de satisfacción sexual valora la frecuencia y satisfacción con un porcentaje del 20% con un indicador de 0, 5 y 10 puntos para nunca ocasional y siempre, en relación al afecto valora cuatro puntos: manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad con un porcentaje al final de esta área del 20% con un indicador de 0, 2.5 y 5 para nunca, ocasional y siempre y por ultimo la toma de decisiones que valora si es conjunta o individual con un porcentaje de 15% con un indicador de 0, 7.5 y 15 para nunca ocasional y siempre respectivamente. A la suma de todas las áreas debe ser un 100%.

Al final de la evaluación se determina una calificación de cada función que permite detectar cuantitativamente la función o funciones que ameritan atención. Y si al final de la suma del puntaje se tiene 0 a 40 se considera una pareja severamente disfuncional, de 41 a 70 pareja moderadamente disfuncional y de 71 a 100 una pareja funcional. (21)

1.2 Planteamiento del problema

El climaterio es una etapa de la vida en la mujer donde se presentan cambios en la esfera biopsicosocial, los cuales ponen a prueba su capacidad psíquica para llevar a cabo los ajustes psicológicos y sociales que le permitan su equilibrio emocional y continuar su desarrollo.

Estas expectativas psicosociales y culturales son manifestadas en ella como la pérdida de la reproductividad, la redefinición de los papeles conyugales y familiares, el síndrome del nido vacío, el ataque a la femineidad y ciertos cambios del status, que impactan decisivamente a la mujer en forma simultánea a varios niveles de su organización funcional, que repercuten en la afectación de la dinámica de pareja y en el bienestar familiar, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja y los hijos, que ponen en riesgo la estabilidad logrado por la familia en etapas previas al climaterio, así como también es un periodo en el cual es frecuente la coexistencia de enfermedades crónico degenerativas.^(11,27,31,32)

Al presentarse estos cambios en el entorno de la mujer es probable que se afecte la funcionalidad conyugal, por lo que es importante identificar la función conyugal que con mayor frecuencia se ve afectada (la comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones). Para lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo influye el climaterio en la funcionalidad conyugal?

1.3 Justificación

Considerando el objetivo del médico familiar que consiste en otorgar una atención médica primaria integral y continua con la participación del paciente y su familia, es importante conocer la funcionalidad del subsistema conyugal en el climaterio, es cuando la mujer está cursando con un cambio fisiológico en su vida reproductiva, acompañada de una serie de síntomas ocasionados por trastornos vasomotores, menstruales y psicológicos de intensidad variable, una de ellas es la insatisfacción familiar secundario a la falta de apoyo y alteraciones en la comunicación con su pareja, estos cambios al unirse con los síntomas climatéricos atribuye que la percepción a su vida sea distinta para cada una, de esta manera se ve afectada en forma significativa su calidad de vida. (23, 27, 31, 33)

Al tomar en cuenta el crecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida reportado por el INEGI 2005 para las mujeres es de 78.4 años y se espera que para 2035 una de cada tres mujeres mexicanas estará en la etapa del climaterio o en la pos menopausia y con expectativas de vida de 83.4 años. (1, 2)

Por lo que es importante identificar de qué manera afecta el climaterio la funcionalidad conyugal y los factores socio demográficos (escolaridad, ocupación, conformación familiar e ingreso económico) que influyen en la disfuncionalidad. Al aplicar el instrumento que incluye la escala de evaluación de funcionalidad conyugal se podrá conocer el área que presenta mayor afectación (comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones) y de esta manera mejorar los niveles de salud y bienestar de las mujeres en estas etapas de la vida, promoviendo grupos de ayuda para parejas que se encuentran cursando en esta etapa de su ciclo y así fortalecer la funcionalidad conyugal como una red de apoyo importante para ella por que con el es con quien vivirá una tercera parte de su vida después del climaterio y así ofrecerles una buena calidad de vida. Al tener conocimiento de los cambios que surge en el entorno de la vida en la mujer en esta etapa es factible realizar el siguiente estudio a mujeres de 45 a 60 años con pareja o cónyuge para evaluar la funcionalidad conyugal de las mujeres en el climaterio usuarias del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Evaluar la funcionalidad conyugal en la etapa del climaterio en la mujer.

1.4.2 Específicos

- Medir la frecuencia de disfuncionalidad conyugal en mujeres que se encuentran cursando el climaterio.
- Identificar que función conyugal se encuentra con mayor afectación de acuerdo a la escala de evaluación del subsistema conyugal, (comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones),
- Analizar la influencia de las condiciones socio demográficas (escolaridad, ocupación, conformación familiar e ingreso económico) en la disfuncionalidad conyugal.

1.5 Hipótesis

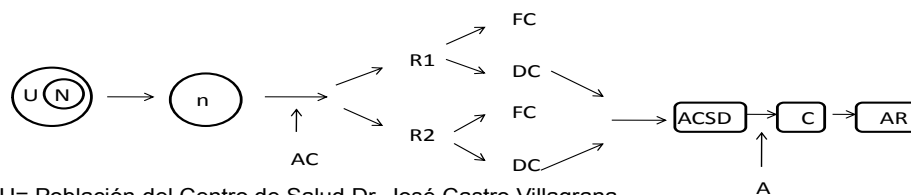
Las mujeres en etapa de la pos menopausia presentan mayor disfunción conyugal que las premenopausicas.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal.

2.2 Diseño de la investigación



U= Población del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana
N=Población femenina de 45 a60 años
n=Muestra (100 mujeres de 45 a 60 años)
AC= Aplicación del cuestionario.
R1= Premenopausia
R2=Posmenopausia
FC=Funcionalidad conyugal
DC=Disfuncionalidad conyugal
ACSD= Asociación de las condiciones socio demográficas.
A=Análisis
C=Conclusiones
AR=Acciones a realizar

2.3 Población, lugar y tiempo

Mujeres de 45 a 60 años que acudan o se encuentren en la sala de espera del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, en el mes de Junio del 2010.

2.4 Muestra

Tipo de muestra no probabilístico por cuota.

El tamaño de la muestra por cuota, fue de 100 mujeres de 45 a 60 años.

2.5 Criterios de Inclusión, exclusión, eliminación

Inclusión

- ❖ Mujeres de 45 a 60 años
- ❖ Mujeres con pareja o conyugue.
- ❖ Mujeres que acudan al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.
- ❖ Mujeres que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Exclusión

- ❖ Toda aquella mujer que no se encuentre entre la edad de 45 a 60 años.
- ❖ Mujeres que no acudan al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.
- ❖ Que no tengan pareja o cónyuge.
- ❖ Que no acepten participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado.

Eliminación

- ❖ Mujeres que no deseen continuar con el estudio.
- ❖ Cuestionarios incompletos o mal llenado.

2.6 Variables

TABLA DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD DE LAS MUJERES Y DE SU PAREJA O CONYUGUE.	Cualitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el momento de la entrevista.	Continua	1. Años cumplidos.
ESTADO CIVIL	Cuantitativa	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación	Nominal	1.Unión Libre 2.Casada

		con su pareja o conyugue, con respecto a su unión.		
ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES Y DE SU PAREJA O CONYUGUE.	Cualitativa	Es el máximo nivel de estudios que curso la persona.	Ordinal	1.Analfabeta 2.Primaria completa 3.Secundaria completa 4.Preparatoria Completa 5.Carrera Técnica completa 6.Licenciatura completa 7.Posgrado
OCUPACION DE LAS MUJERES Y DE SU PAREJA O CONYUGUE.	Cualitativa	Es la acción, cargo, oficio o profesión en la que la persona emplea su tiempo.	Nominal	1.Hogar 2.Empleada Domestica 3.Empleado 4.Actividad Laboral Propia 5.Obrero 6.Desempleado 7.Pensionado
ETAPA DEL CLIMATERIO	Cualitativa	Es la etapa de la de la mujer donde surgen cambios biopsicosociales.	Nominal	1.Premenopausia 2.Posmenopausia
MANIFESTACIONES CLINICAS	Cualitativa	Son las manifestaciones físicas que presentan las mujeres en el climaterio.	Nominal	1.Irregularidades Menstruales. 2. Bochornos. 3.Palpitaciones 4.Cambios de humor. 5.Sequedad Vaginal 6. Otros.
COMPOSICIÓN	Cualitativa	Es la relación que	Nominal	1.Nuclear

FAMILIAR		tienen los integrantes de la familia entre ellos y el numero de generaciones que la forman.		2.Extensa 3.Compuesta
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR MENSUAL	Cuantitativa	Es la cantidad de dinero que percibe en promedio la familia de manera mensual	Continua	1.Ingreso bajo (menor a \$4,500) 2.Ingreso medio (más de\$4,500 a \$9,000) 3.Ingreso alto (más de \$9,000)
FUNCIONALIDAD CONYUGAL	Cualitativa	Es la capacidad que tiene la pareja o los conyugues para enfrentarse y superar cada una de la etapa del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Las principales funciones del subsistema conyugal a evaluar son: Comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.	Ordinal Escala de evaluación de funcionalidad conyugal.	1.Pareja severamente disfuncional: De 0 a 40 puntos. 2,Pareja moderadamente disfuncional: De 41 a 70 puntos. 3.Pareja funcional: De 71 a 100 puntos.

2.7 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos está dividido en tres apartados: El primer apartado consistió en obtener información sobre la ficha de identificación y antecedentes socio demográficos de las mujeres estudiadas, su fecha del último ciclo menstrual e interrogatorio sobre la sintomatología clínica, en relación a los antecedentes de la familia se identifica la composición familiar y el ingreso económico familiar mensual.

En relación al ingreso económico familiar mensual se evaluó por medio de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2008, donde se determina en forma trimestral y graduado en deciles: I (\$6, 116), decil V (\$ 21, 951) y decil X (\$ 133,048). Para fines de este estudio se estratificó del decil I al III como ingreso bajo, del decil IV al VII medio y del VIII al X alto.

El segundo apartado consistió en obtener información sobre los antecedentes del cónyuge o pareja (edad, escolaridad, ocupación).

Y la última parte de la entrevista consistió en responder la escala de evaluación de funcionalidad del subsistema conyugal, propuesto por el Dr. Chávez Aguilar Víctor, con una validación práctica desde 1990 y utilizada por médicos residentes de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, y se ha utilizado en diferentes estudios de investigación. (21, 28, 29, 30)

La escala aborda las principales funciones del subsistema. Cada función se evalúa con diferentes ítems: Comunicación (3), adjudicación y asunción de roles (3), satisfacción sexual (2), afecto (4) y toma de decisiones (2). Los ítems se miden con opciones de respuesta nunca=0, ocasional de 2.5 o 5 y siempre de 5 o 10 dependiendo de cada función. (Anexo II)

En cada una de las funciones se obtiene una calificación: Comunicación de 0 a 30, adjudicación de 0-15, satisfacción sexual de 0-20, afecto de 0 a 20 y toma de decisiones de 0 a 15. La suma de las calificaciones de cada función nos da la puntuación final para conocer la funcionalidad del subsistema conyugal.

Puntaje final de 0-40 pareja severamente disfuncional, 41 a 70 pareja moderadamente disfuncional y 71 a 100 pareja funcional.

2.8 Método de recolección de los datos.

En primer lugar se solicitó la autorización para la realización de este estudio a las autoridades del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", posteriormente se les invitó a participar en esta investigación a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, que se encontraban en la consulta o en la sala de espera.

Toda aquella mujer que aceptó de manera voluntaria se le solicitó el llenado de la hoja de consentimiento informado previamente a la entrevista. (Anexo III, IV)

2.9 Prueba Piloto

Se realizó prueba piloto con la finalidad de verificar el entendimiento adecuado de las preguntas y el tiempo de su contestación.

2.10 Procedimiento Estadístico

2.10.1 Diseño y Construcción de Base de Datos

Una vez que se aplicó el instrumento y se recabó la información se procedió a realizar la base de datos en el programa de Excel y se analizó en el programa Epi Info.

2.10.2 Análisis Estadístico

Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

Para las variables cualitativas se uso medidas de frecuencia, y se realizo análisis de riesgo para medir asociación.

La información se presentó en gráficos de sectores.

2.11 Cronograma

Anexo V

2.12 Recursos Humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio

Recursos Humanos:

Autora, Asesor y mujeres de 45 a 60 años que acudieron al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

Recursos Materiales

Se emplearon hojas de tamaño carta, fotocopias para los cuestionarios, engrapadora, grapas, plumas, lápices, sacapuntas, goma, una computadora, memoria USB portátil de 2G, impresora hp, cartuchos con tinta negra y color, paquete office, programa Epi Info.

Recursos Físicos

Sala de espera. Consultorios.

Financiamiento del Estudio.

El estudio fue totalmente autofinanciado por la autora.

2.13 Aspectos éticos y de bioseguridad.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, Investigación con riesgo mínimo.

Se considera una investigación con riesgo mínimo: A los estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas

sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento.

Tomando en cuenta las consideraciones de la Declaración de Helsinki se respeta el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad. Se toman todas las precauciones para respetar la vida privada y para minimizar el impacto del estudio en la integridad física, así como a cada persona se le hace conocer de los objetivos, del estudio y la libertad que tiene para abstenerse de participar en el estudio o retirarse si así lo desea, y se les dará un consentimiento informado a aquellas personas que aceptan participar. ^(35,36)

3. RESULTADOS

Se estudiaron 100 mujeres entre 45 y 60 años de edad que acudieron al Centro de Salud José Castro Villagrana en el mes de Junio del 2010 de las cuales la mitad de ellas tenían de 45 a 50 años, el promedio de edad fue de 51 años y una desviación estándar de 5 años. (Anexo I: Tabla 1 y Figura 1).

En relación al estado civil el 15% vivían en unión libre y el resto se encontraban casadas. (Anexo: 1 Figura 2).

Con una educación básica completa en un 60%, una minoría tenía licenciatura completa y sólo una mujer era analfabeta. (Anexo I: Figura 3)

Las tres principales ocupaciones reportadas fueron amas de casa, empleadas y con actividades laborales propias principalmente comerciantes. (Anexo I: Figura 4)

En cuanto a la composición familiar dos terceras partes de ellas pertenecen a familias nucleares (Anexo I: Figura 5)

El 50% de las familias tenían un ingreso económicos bajo y solo el 14% reportó un ingreso alto. (Anexo I: Figura 6)

En relación a la etapa del climaterio el 63% se encontraban en la posmenopausia y el 37% en la premenopausia. (Anexo I: Figura 7).

Las manifestaciones clínicas que se reportaron con mayor frecuencia fueron: cambios de humor en un 28%, bochornos en un 23% y sequedad vaginal en un 21%. (Anexo I: Figura 8).

Con respecto a la edad de la pareja un 83% corresponde al mismo grupo de edad de las mujeres estudiadas, con un promedio de 54 años y una desviación estándar de 7 años, el rango de edad fue de 40 a 75 años. (Anexo I: Tabla 2 y Figura 9)

La escolaridad de las parejas, reportada por las mujeres fue de educación básica completa en un 52% y solo el 18% una educación superior. (Anexo I: Figura 10)

En cuanto a la ocupación las actividades laborales propias como comerciantes y taxistas fueron un 47%, una tercera parte fueron empleados, reportándose el resto como obreros, pensionados y desempleados. (Anexo I: Figura 11)

Al realizar la evaluación de la funcionalidad conyugal se encontró que el un 56% eran parejas funcionales, un 35% con una moderada disfunción y un 9% severamente disfuncionales. Para fines del análisis de este estudio se consideraron solo dos rubros, parejas funcionales y parejas disfuncionales (moderada y severa disfunción) como se representa en el anexo I figura 12.

La disfuncionalidad conyugal se presentó con mayor frecuencia en la etapa de la posmenopausia (75%) identificando esta etapa del climaterio como un factor de riesgo para la disfuncionalidad conyugal (RM=2.6, con IC 1-6, p=0.02).

Al realizar el análisis para identificar la función conyugal con mayor afectación, se re codificó el puntaje de cada función, clasificándola en buena y mala, encontrando que todas las funciones están asociadas, sin embargo los de mayor peso fue la comunicación y el afecto con un RM de 48.1 y 41 respectivamente. (Anexo I: Tabla 3 y 4)

El ingreso económico fue un factor que también influye en la disfuncionalidad conyugal, ya que en el análisis estratificado se obtuvo una $RM_{MH} = 5$ con IC 1.6-21, $p=0.003$, el resto de las variables sociodemográficas no fueron significativas. (Anexo I: Tabla 5)

De las manifestaciones clínicas más frecuentes solamente los bochornos se encontró asociado con una RM 2.3 con IC 1-5, $p=0.04$. (Anexo I: Tabla 5)

No se encontró asociación entre la sequedad vaginal y la insatisfacción sexual.

4. DISCUSION

La mujer en la etapa del climaterio cursa con cambios físicos, psicológicos y sociales que coincide con crisis en la familia, con la pareja y los hijos que ponen en riesgo la estabilidad del grupo familiar y conyugal, provocando una afectación en su calidad y percepción de vida. ^(23, 27, 31)

Las estadísticas del INEGI reporta que a pesar de tener una mayor cobertura en la educación se sigue reportando analfabetismo en un 8.4% a nivel nacional y en el distrito federal 2.6%, con una proporción de 7 de cada 100 hombres y 10 de cada 100 mujeres mayores de 15 años.

Teniendo en promedio de escolaridad de 8 años (segundo año de secundaria) a nivel nacional y para distrito federal este promedio es de 10 años (primer año de preparatoria o nivel técnico). ⁽¹⁾

Esta información concuerda con los resultados obtenidos en la investigación, donde la mayoría de las mujeres y de sus parejas tuvieron una escolaridad básica terminada y solo una mujer fue analfabeta, por lo que el nivel de escolaridad en esta población estudiada es baja, esto se ve reflejado tanto en la ocupación como en su ingreso económico familiar.

Las primeras dos ocupaciones que predominaron en las mujeres fueron amas de casa y empleadas, en las parejas fueron actividades laborales propias (comerciantes, taxistas) y empleados.

Las familias tenían un ingreso económico familiar por debajo de los \$4, 500 mensuales en el 50% , de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2008 donde clasifica el ingreso familiar trimestral en X deciles, el decil I el más bajo (\$6,116) y el X el más alto (\$133,048), por lo que las familias que se investigaron se encuentran por debajo del decil III (\$14, 393) siendo familias de bajos ingresos económicos. ⁽³⁴⁾

La conformación familiar fue nuclear en un 66%, que concuerda con las estadísticas del INEGI donde reportan que el 64.2% de las familias tienen esta conformación. ⁽¹⁾

Al realizar la asociación de disfuncionalidad conyugal con el ingreso económico familiar se encontró esta variable como un factor de riesgo ($RM_{MH}=5$), este resultado concuerda con la investigación realizada por Núñez en 100 mujeres donde reporta que el 61% de las mujeres con conflictos familiares eran por causas económicas. ⁽²⁶⁾

Se encontró que las mujeres en etapa de la posmenopausia tienen dos veces mas probabilidad de tener una disfunción conyugal que las mujeres en la premenopausia.

De las funciones conyugales, las que más peso tuvieron para la disfunción, fueron la comunicación y el afecto, estos resultados concuerdan con lo reportado en los estudios de Vega y Núñez ^(25,26).

La literatura menciona que la comunicación es un indicador importante para la funcionalidad, por ser el medio para intercambiar experiencias, ideas, sentimientos, creencias, etc. ⁽¹⁸⁾

En este estudio se encontró que las parejas con una mala comunicación tienen 48 veces más probabilidad de tener una disfunción conyugal que las que se comunican en forma clara, directa y congruente, siendo responsable esta función del 66% de la disfunción conyugal encontrando ($RA=66\%$ IC 53-79).

Al haber una mala calidad de convivencia, disminución o ausencia de manifestaciones físicas de afecto, aumenta la probabilidad de disfunción conyugal en 41 veces más, encontrando que esta función causa un 52% de la disfunción en este estudio con un RA del 67.8% IC 54-81.

Al mejorar la comunicación se mejorara la toma de decisiones ya que ambos conyugues exponen sus opiniones y produce en cada uno de ellos la sensación de participación en las decisiones trascendentes. ⁽²⁸⁾

Los bochornos son los cambios físicos más frecuentes por los que cursa una mujer, el 82% de las mujeres lo experimentan por un año, pero pueden prolongarse hasta más de 5 a 15 años, provocando alteraciones afectivas como ansiedad y a esto uniéndose los cambios psicológicos, los cambios en el entorno familiar provocan un desequilibrio en la mujer. ^(6, 9, 11)

En cuanto a la sintomatología las manifestaciones clínicas que reportaron con mayor frecuencia fueron cambios de humor, bochornos y sequedad vaginal, encontrando solo asociado los bochornos para una disfuncionalidad, que concuerda con el estudio realizado por Vega donde reporta una asociación entre la sintomatología climatérica y el entorno familiar desfavorable. ⁽²⁵⁾

Otra de las manifestaciones físicas que se presenta en esta etapa es la sequedad vaginal a consecuencia de la disminución de la producción de estrógenos, provocando atrofia vaginal y disminución en la flexibilidad de la vagina, provocando una dispareunia ^(5, 9, 12)

Los estrógenos tanto por vía oral como vaginal solos o asociados a gestagenos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas vaginales. La mayor eficacia del tratamiento por vía vaginal y las bajas dosis de estrógenos administradas por esta vía, no han presentado una hiperplasia o proliferación endometrial. Se ha concluido que el estradiol por vía intravaginal en cremas, supositorios, óvulos o anillos es efectivo para el alivio de los síntomas de la atrofia vaginal. ⁽⁵⁾

Por lo que se busco en este estudio la asociación entre la sequedad vaginal y la satisfacción sexual pero esto no fue significativo, esto pudo deberse al tamaño de la muestra.

5. CONCLUSIONES

La posmenopausia es un factor de riesgo para la disfunción conyugal.

La mala comunicación y la falta de afecto son las funciones que con mayor fuerza se asociaron a la disfunción conyugal.

Otro factor importante para la disfunción es el ingreso económico bajo.

Por lo anterior se considera que la formación de grupos de ayuda para parejas que se encuentran en esta etapa, deben encaminarse para mejorar la comunicación, ya que es un indicador importante para la funcionalidad y al mejorar esta área se mejorara el afecto, la toma de decisiones, adjudicación y asunción de roles y de esta manera podremos cambiar la percepción y la calidad de vida de las mujeres, restableciendo la relación de pareja como una red de apoyo importante para ella por que con el es con quien vivirá una tercera parte de su vida después del climaterio.

Por otro lado es importante otorgar de manera oportuna el tratamiento para mejorar a los cambios físicos por lo que cursa toda mujer.

6. BIBLIOGRAFIA

1. INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005. www.inegi.org.mx 13 febrero 2009.
2. Morfin MJ, Motta ME. Estudio del climaterio y la menopausia. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(9): 253-276.
3. DeCherney A, Nathan L. Menopausia y posmenopausia. *Diagnostico y tratamiento ginecoobstetrico*, 8ª. Ed., México, Editorial El Manual Moderno, 2003:1135-1159.
4. Periodismo de ciencia y tecnología. www.invdes.com.mx. 29 de abril 2010.
5. Guía de practica clínica sobre la menopausia y posmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el estudio de la menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericana; 2004. www.infodoctor.org. 11 de abril 2010.
6. Guía de Practica Clínica 2009. Atención del Climaterio y Menopausia. www.cenetec.salud.gob.mx. 18 de junio del 2009.
7. Guía Practica Clínica. Atención del climaterio y menopausia. Octubre 2009. www.imss.gob.mx 16 mayo 2010.
8. NOM-035-SSA2-2002. Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia de la mujer. www.guanajuato.gob.mx/ssg/prescripción/normas/035SSA202.pdf. 29 abril 2010.
9. Mendoza RD. Menopausia y climaterio. *Climaterio* 2008; 8(3): 27-48.
10. Guía Practica Clínica. Atención del climaterio y menopausia. Octubre 2009. www.imss.gob.mx 16 mayo 2010.
11. Salvador J: Climaterio y menopausia: Epidemiología y fisiopatología. *Rev Per Ginecol Obstet* 2008.54: 61-78.
12. Coutado MA. Guías Clínicas 2008; 8(2). www.fisterra.com/guias2/menopausia.asp. 23 enero 2009.
13. Murray A. Quality of life and menopause. The Role of estrogen. *Journal of Women's health* 2002; 11(8): 705-707.
14. Bocchino S. Aspectos psiconeuroendocrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. *Rev Psiquiatr Urug* 2005;70(1):66-79.
15. Caballero ME, Fernández DP. La familia en el entorno de cuidados críticos. www.eccpn.aibarra.org 13 mayo 2010
16. Membrillo LP, Fernández OM, Quiroz PJ. Familia. Introducción al estudio de sus elementos, 1era. Edición, México D.F, Editores de Textos Mexicanos, 2008.
17. Huerta GJ. Medicina Familia. La Familia en el Proceso Salud- Enfermedad, 1era. Edición, México D.F, Editorial. Alfi, 2005.
18. Velazco R, Chávez V. La disfunción familiar, un reto diagnostico-terapéutico.. *Rev Méd del IMSS* 1994; 32 (3):271-275.
19. De la Revilla AL, Fleitas CL. Función y disfunción familiar. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España: Doyma; 1994: 91-100.
20. Rage A. La Pareja. 3era. Reimpresión, México D.F, Editores Plaza y Valdes, 2004.

21. Chávez V, Velazco R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev Méd del IMSS 1994; 32 (34):39-43.
22. Pérez Hernández CJ, Rubio AE. Formación y Ciclo de la Pareja Humana. Antología de la Sexualidad. La México Porrúa CONAPO 1994.119-143.
23. Lozano, C: ¿Calidad o clase de vida?. Revista Facultad de Medicina UNAM 2007; 50 (2): 84-85
24. Lugones BM. El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. Rev Cubana Med Gen Integr 2001.17(2):206-208.
25. Vega G, Hernández L. Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. Rev Chil de Obstet y Ginecol 2007. 72 (5):314-320.
26. Núñez E, Romero L. Conflictos conyugales prevaletentes en mujeres de 45 a 50 años. Acta Medica Dominicana 1996. 20 (5): 179-183.
27. Lugones BM. El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. Rev Cubana Med Gen Integr 2001.17(2):206-208.
28. Salazar, CE., Boschetti, FB: Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. Archivos de Medicina Familiar 2005. 7(2):45-48.
29. Mendoza SL, Soler HE: Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos de Medicina Familiar 2006. 8(1):27-32.
30. Hurtado RE, Camacho P: Impacto del diagnóstico de infección por virus del papiloma humano en la funcionalidad del subsistema conyugal. Atención Familiar 2009. 16(1):19.
31. Sauza M: Menopausia y comorbilidad psiquiátrica. Revista Mexicana Neurociencias 2001.2(4):232-234.
32. Velazco MV, Fernández GI. Conocimientos, experiencias y conductas durante el climaterio y la menopausia en las usuarias de los servicios de medicina familiar del IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(6):549-556.
33. Gómez I: Desarrollo profesional del médico familiar un punto de vista. Rev Med del IMSS 1994. 32(34): 45-46.
34. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2008. www.inegi.org.mx 4 diciembre 2009.
35. Ley general de la salud. Actualizada 18 de diciembre 2007. www.salud.gob.mx 29 abril 2010.
36. Méndez RI, Namihira GD. El protocolo de investigación, 2da. Edición, México D.F, Editorial Trillas, 1990.
37. Diccionario de la real academia española, 22ª. Ed., España, 2001.
38. Kart S. Intervención en Crisis. Manual Moderno. 1988
39. Pou Ferrari R: La Menopausología, Una nueva rama de la ginecología. Archivos de Ginecología y Obstetricia 2002. 40 (1).
40. Jauregui DI, Días ML. Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres perimenopausicas docentes de primaria y bachillerato. MedUNAB 2005.8(2):65-70.

7. ANEXOS

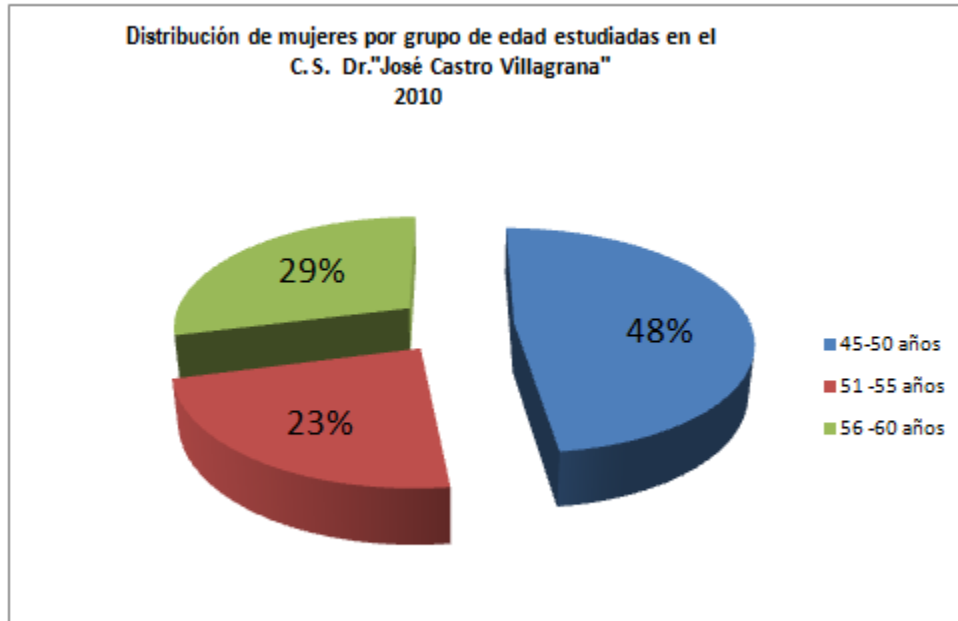
Anexo I

Tabla I.
Distribución de mujeres por grupo de edad estudiadas en el
C. S "Dr. José Castro Villagrana"
2010

Edad en años	Total de mujeres	Porcentaje
45 a 50	48	48%
51 a 55	23	23%
56 a 60	29	29%
Total	100	100%

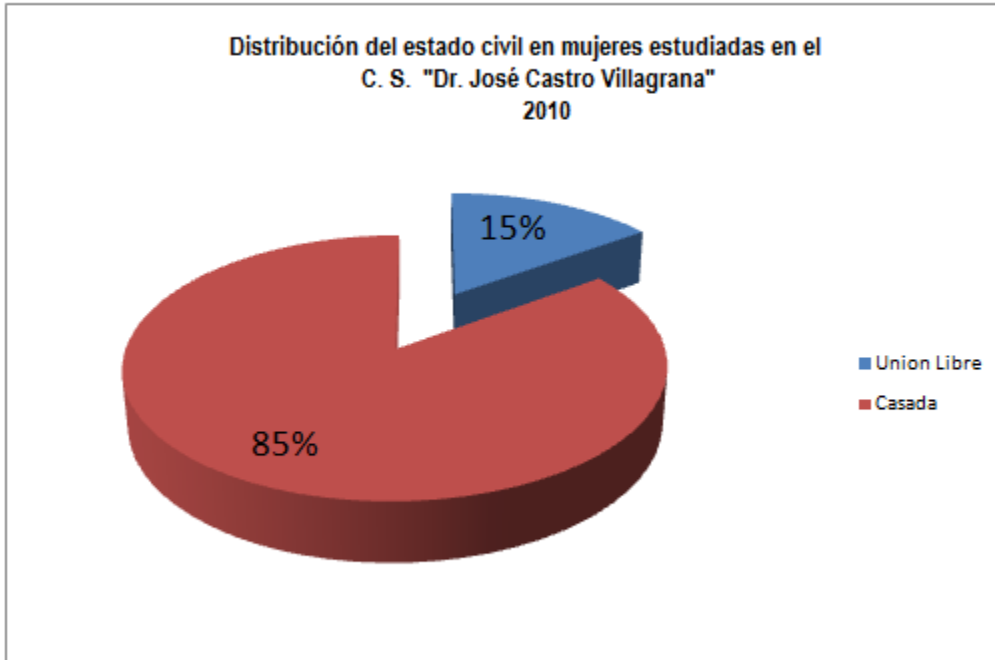
Fuente: Entrevistas.

Figura 1



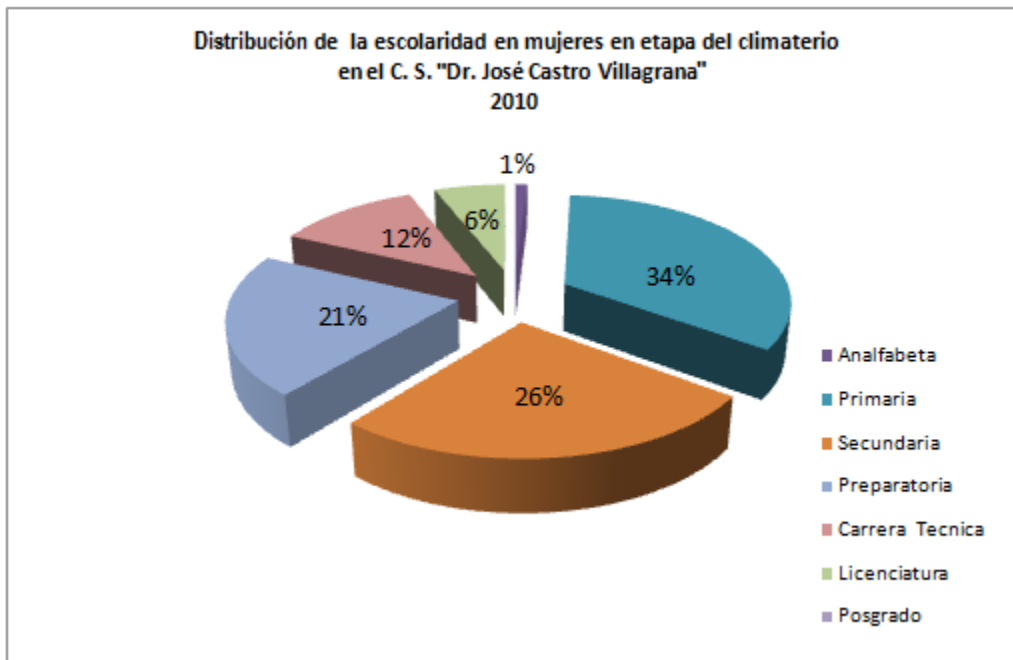
Fuente: Entrevista.

Figura 2.



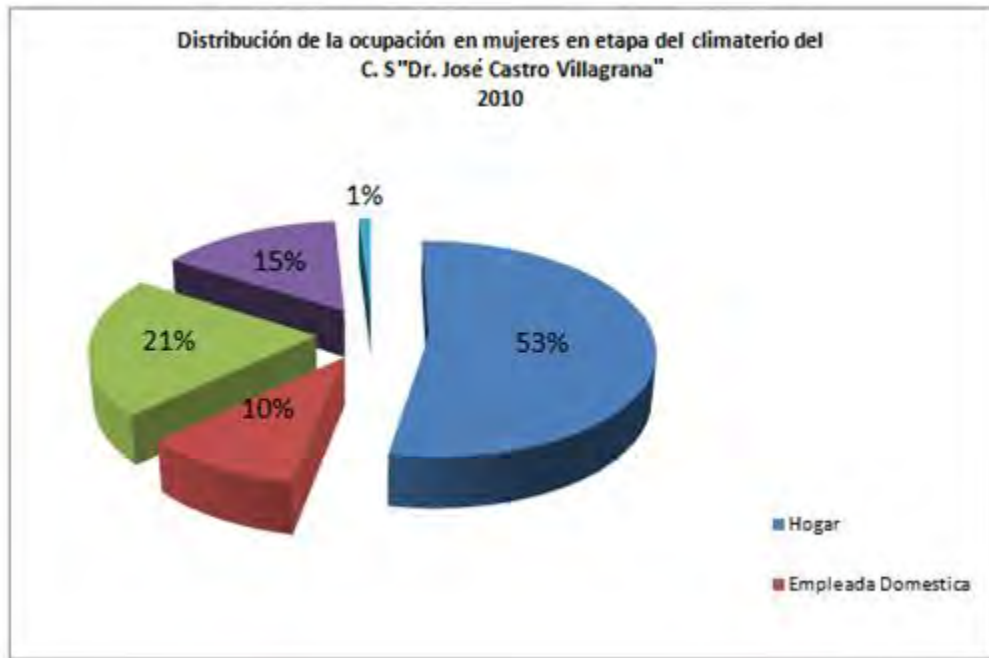
Fuente: Entrevista

Figura 3.



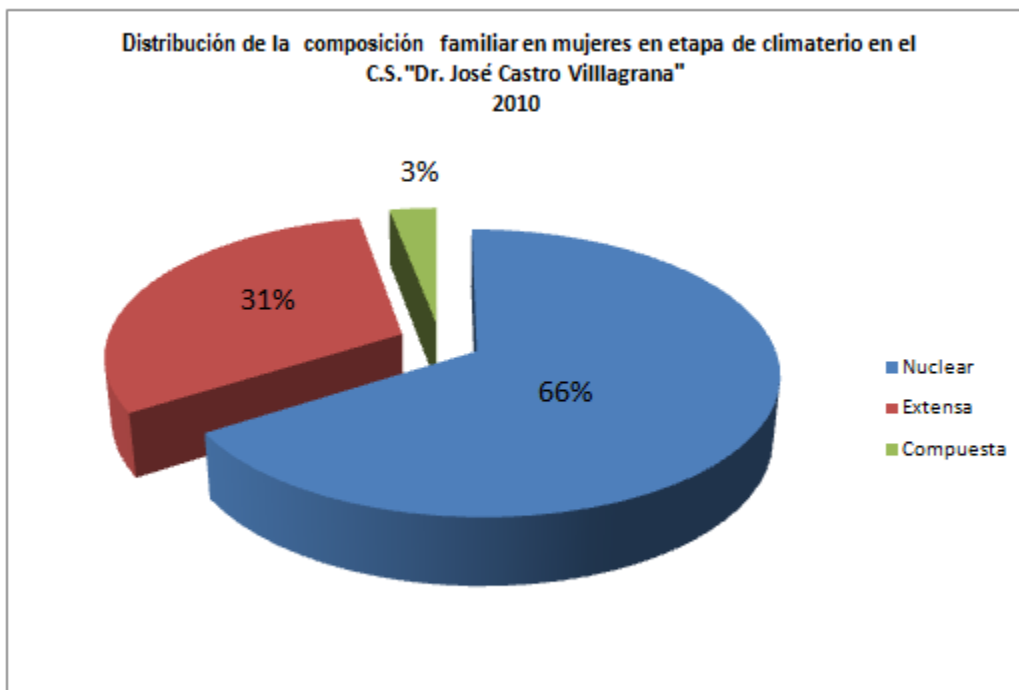
Fuente: Entrevista

Figura 4



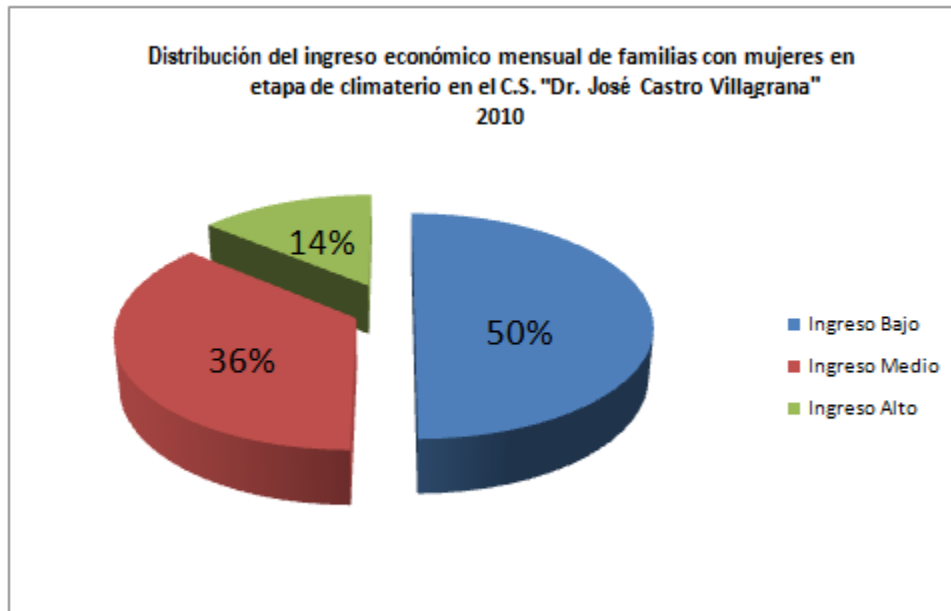
Fuente: Entrevista

Figura 5.



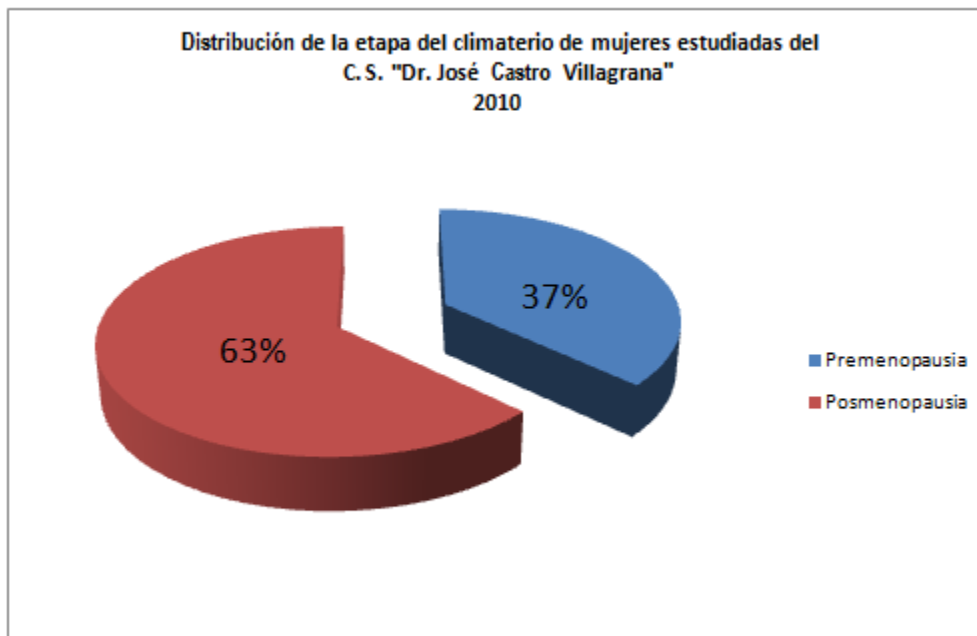
Fuente: Entrevista

Figura 6



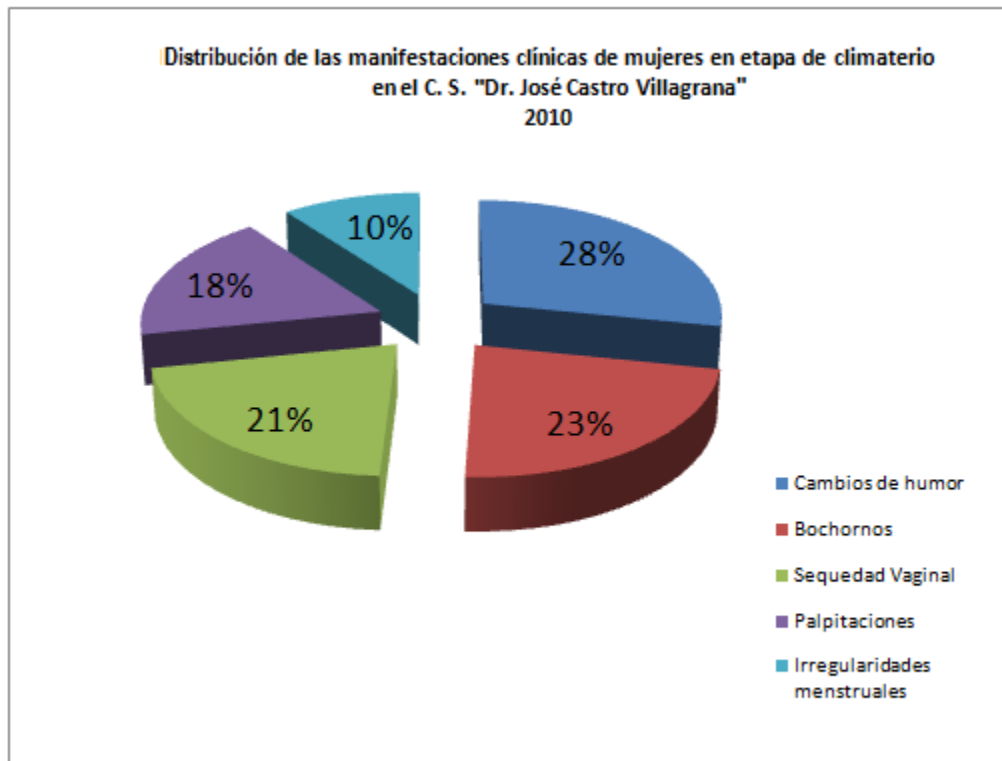
Fuente: Entrevista

Figura 7.



Fuente: Entrevista

Figura 8.



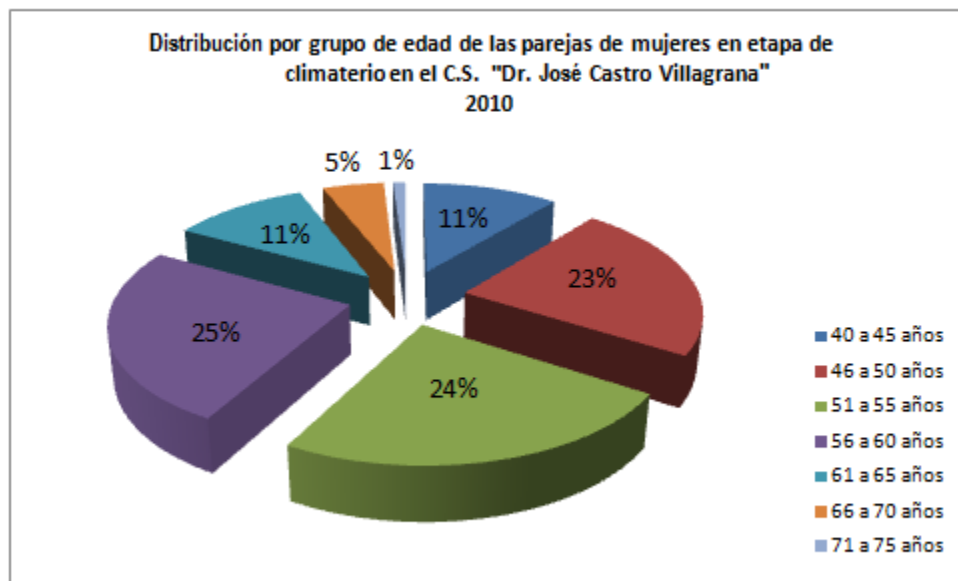
Fuente: Entrevista

Tabla 2. Distribución por grupo de edad de las parejas de mujeres en etapa del climaterio en el C. S "Dr. José Castro Villagrana" 2010

Edad en años	Total hombres	Porcentaje
40 a 45	11	11%
46 a 50	23	23%
51 a 55	24	24%
56 a 60	25	25%
61 a 65	11	11%
66 a 70	5	5%
71 a 75	1	1%
Total	100	100%

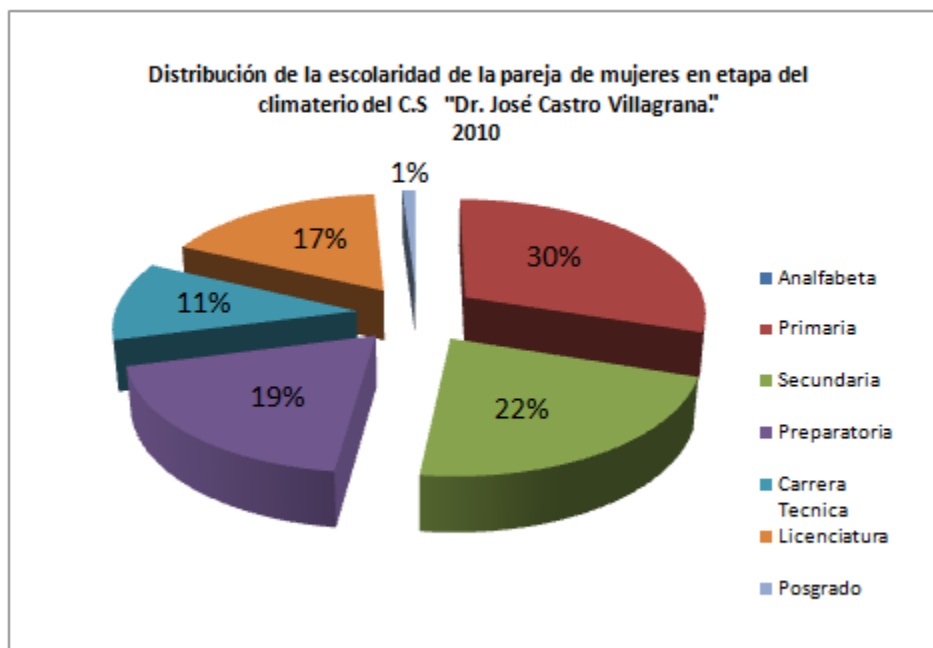
Fuente: Entrevista

Figura 9.



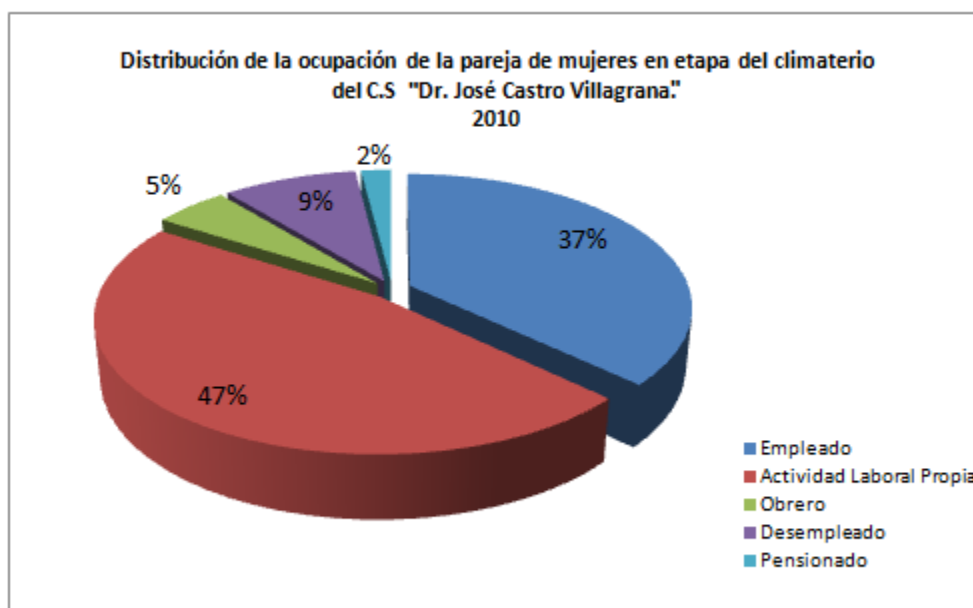
Fuente: Entrevista

Figura 10.



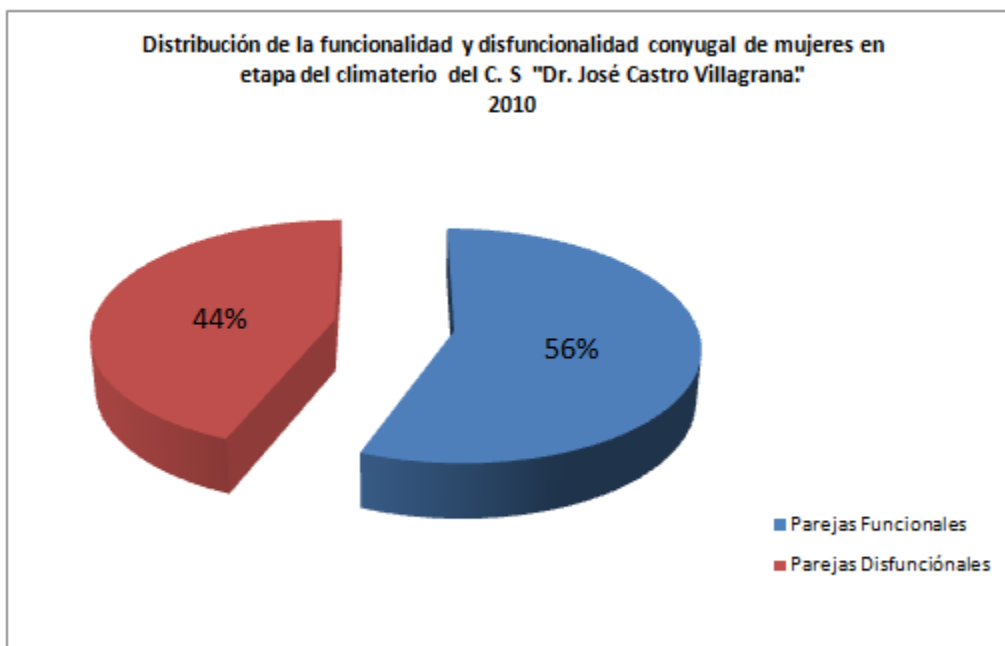
Fuente: Entrevista

Figura 11.



Fuente: Entrevista.

Figura 12.



Fuente: Entrevista

Tabla 3. Re codificación de los criterios de evaluación del subsistema conyugal.

Función	Buena	Mala
Comunicación	25 a 30 puntos	Menor a 25 puntos
Adjudicación y asunción de roles	12.5 a 15 puntos	Menor a 12.5 puntos
Satisfacción sexual	15 a 20 puntos	Menor a 15 puntos
Afecto	17.5 a 20 puntos	Menor a 17.5 puntos
Toma de decisiones	15 puntos	Menor a 15 puntos

Tabla 4. Resultados del análisis de las funciones del subsistema conyugal con la disfunción en mujeres en etapa del climaterio del C. S. "Dr. José Castro Villagrana" 2010

Función	Razón de momios	Intervalo de confianza 95%	Valor de p
Comunicación	48.1	10-222	0.00001
Adjudicación y asunción de roles	13.4	5-35	0.00001
Satisfacción sexual	4.5	1.8-10.9	0.0008
Afecto	41	10.9-153	0.00001
Toma de decisiones	8.6	2.8-26	0.00004

Fuente: Resultados obtenidos del análisis de las entrevistas realizados en Epi Info

Tabla 5. Factores de riesgo para disfuncionalidad conyugal en mujeres en etapa del climaterio estudiadas en el C. S. "Dr. José Castro Villagrana" 2010

Factor estudiado	Razón de momios	Intervalo de confianza de 95%	Valor de p
Posmenopausia	2.6	1-6	0.02
Ingreso económico familiar bajo.	5	1.6-21	0.003
Bochornos	2.3	1-5	0.04

Fuente: Resultados obtenidos del análisis de las entrevistas realizados en Epi Info

Anexo II

EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	PARAMEROS	CALIFICACION ASIGNADA	%
I. Comunicación	a)Clara	10	30
	b)Directa	10	
	c) Congruente	10	
II. Adjudicación y Asunción de roles.	a)Congruente	5	15
	b)Satisfacción	5	
	c)Flexibilidad	5	
III. Satisfacción Sexual.	a)Frecuencia	10	20
	b)Satisfacción	10	
IV. Afecto	a)Manifestaciones físicas	5	20
	b)Calidad de convivencia		
	c) Interés por el desarrollo de la pareja.	5	
	d) Reciprocidad	5	
		5	
V. Toma de Decisiones	a)Conjunta	15	15
	b)Individualidad	0	
	TOTAL	100	100

ANEXO II BIS

ESCALA DE EVALUACION DE FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I.COMUNICACION			
a. Se comunica directamente con su pareja.	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la análoga	0	5	10
II.ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume su pareja.	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.	0	2.5	5
III. SATISFACCION SEXUAL			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10
IV.AFECTO			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.	0	2.5	5
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.	0	2.5	5
c. Se intercambia por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d. Percibe que son queridos por su pareja.	0	2.5	5
V.TOMA DE DECISIONES			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15.5
TOTAL			

Pareja Funcional: 71 a 100 puntos.

Pareja Moderadamente Disfuncional: 41 a 70 puntos

Pareja Severamente Disfuncional: 0 a 40 puntos.

Anexo III

FORMATO DE ENTREVISTA.

La información obtenida en la siguiente entrevista es para fines de un Protocolo de Investigación sobre: Funcionalidad Conyugal en mujeres en etapa del climaterio usuarias del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana. La información que usted proporcione será de gran utilidad y además confidencial.; por lo que solicito a usted me responda de la manera mas honesta.

En caso de que alguna pregunta sienta usted que invade su privacidad y no desea contestarme o no desee continuar con la entrevista hágamelo saber.

I. FICHA DE IDENTIFICACION Y ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUJER CLIMATERICA.

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:	1) Unión Libre	2) Casada					
ESCOLARIDAD	1) Analfabeta	2) Primaria Completa	3) Secundaria Completa	4) Preparatoria Completa.	5) Carrera Técnica Completa	6) Licenciatura Completa	7) Posgrado
OCUPACION	1) Hogar	2) Empleada Domestica	3) Empleado	4) Actividad Laboral Propia. (Taxista, Comerciante, etc.)	5) Obrero	6) Desempleado	7) Pensionado

FECHA DEL ÚLTIMO CICLO MENSTRUAL: 1) _____

- Usted a presentado en los últimos meses:
 - a) Irregularidades menstruales. 1. Si ___ 2. No: ___
 - b) Bochornos. 1. Si ___ 2. No ___
 - c) Palpitaciones. 1. Si ___ 2. No ___
 - d) Cambios de humor. 1. Si ___ 2. No ___
 - e) Sequedad vaginal. 1. Si ___ 2. No ___
 - f) Otros _____

COMPOSICION FAMILIAR.

• **Usted vive:**

1) Familia Nuclear: Con solo su pareja o Con su pareja e hijos solteros.	2) Familia Extensa: Con su pareja con hijos casados ó hermanos, o cuñadas o padres o familiares consanguíneos.	3) Familia Compuesta: Con su pareja y familiares consanguíneos más algún familiar no consanguínea (sirviente, compadre , ahijado, amigos ,huésped, etc.)
--	---	---

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR MENSUAL:

- 1) Ingreso por debajo \$4, 500_____ 2) Ingreso entre de \$4,500 a \$9,000_____ 3) Ingreso más de \$9000_____

II. FICHA DE IDENTIFICACION Y ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS DE LA PAREJA O CONYUGUE.

EDAD:	Años						
ESCOLARIDAD	1) Analfabeta	2) Primaria Completa	3) Secundaria Completa	4) Preparatoria Completa	5) Carrera Técnica Completa	6) Licenciatura Completa	7) Posgrado
OCUPACION	1) Hogar	2) Empleada Domestica	3) Empleado	4) Actividad Laboral Propia (Comerciante, taxista, etc.)	5) Obrero	6) Desempleado	7) Pensionado

III. ESCALA DE EVALUACION DE FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
-----------	-------	-----------	---------

I. COMUNICACIÓN

a. Se comunica directamente con su pareja			
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia. (La pareja expresa claramente lo que quiere decir).			
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la análoga. (Existe congruencia en lo que dice y lo que hace su pareja).			

II. ADJUDICACION Y ASUNCIÓN DE ROLES

a. La pareja cumple los roles (papel o función) que mutuamente se adjudican.			
b. Son satisfactorios los roles (papel o función) que asume su pareja.			
c. Se propicia el intercambio de roles (papel o función) entre la pareja.			

III. SATISFACCION SEXUAL

a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.			
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.			

IV. AFECTO

a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.			
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.			
c. Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja.			
d. Perciben que son queridos por su pareja.			

V. TOMA DE DECISIONES

a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.			
--	--	--	--

TOTAL			
-------	--	--	--

Pareja Funcional

71 a 100 puntos

Pareja Moderadamente disfuncional

41 a 70 puntos

Pareja Severamente disfuncional

0 a 40 puntos

Anexo IV

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Día / Mes /Año

Yo _____ voluntariamente acepto participar en el estudio de: Funcionalidad Conyugal en mujeres en etapa del climaterio usuarias del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana que se realiza en esta unidad medica perteneciente a la Secretaria de Salud del Distrito Federal, siendo su objetivo : Evaluar la funcionalidad conyugal en la etapa del climaterio en la mujer, medir la frecuencia de disfuncionalidad conyugal en mujeres que se encuentran cursando el climaterio e identificar que función conyugal se encuentra con mayor afectación de acuerdo a la escala de evaluación del subsistema conyugal y analizar la influencia de las condiciones socios demográficos (escolaridad, ocupación, conformación familiar e ingreso económico) en la disfuncionalidad conyugal.

Estoy consiente de que los procedimientos para lograr los objetivos mencionados consiste en responder la entrevista que incluye la escala evaluativa de funcionalidad del subsistema conyugal y es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

Así mismo cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podré consultarlo con el Jefe de Enseñanza e Investigación de la unidad de atención: Dra. Consuelo González Salinas y con el investigador responsable Dra. Nadezhda Pavón Mendoza.

El jefe de enseñanza e investigación comunicara el evento a la dirección de educación e investigación de la secretaria de salud del gobierno del Distrito Federal, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al cuerpo colegiado competente, para su resolución.

En caso que decida retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se vera afectada.

Nombre y Firma del Entrevistado.

Nombre y Firma del Testigo.

Nombre y Firma del Investigador

Anexo V

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Mar-Jun 2008	Jul-Sep	Oct- Feb	Mar. 2009- Ene.2010	Feb-Mar	Abr-May	Jun-Jul	Jul 2010
Elección del Tema.	xxx							
Revisión Bibliográfica.		xxx						
Elaboración del Marco Teórico.			xxx					
Elaboración de la Metodología.				xxx	xxx			
Aplicación de Entrevista y Prueba Piloto.						xxx		
Obtención de Datos.							xxx	
Análisis de Datos.							xxx	
Tesis Concluida.								xxx