



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 10, VILLA ANGEL FLORES LA
PALMA, NAVOLATO, SINALOA**

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN MUJERES CON
CLIMATERIO Y MENOPAUSIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No
10, VILLA ANGEL FLORES LA PALMA, NAVOLATO, SINALOA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

DRA. ANGELICA VALDEZ GONZALEZ

CULIACAN, SIN. A FEBRERO DEL 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN MUJERES CON
CLIMATERIO Y MENOPAUSIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No
10, VILLA ANGEL FLORES LA PALMA, NAVOLATO, SINALOA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

DRA. ANGELICA VALDEZ GONZALEZ

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FLUVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

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

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIARR U.N.A.M.**

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN MUJERES CON
CLIMATERIO Y MENOPAUSIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No
10, VILLA ANGEL FLORES LA PALMA, NAVOLATO, SINALOA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

DRA. ANGELICA VALDEZ GONZALEZ

AUTORIZACIONES

**DRA AJICHE GARCIA SAINZ
PROFESOR TITULAR DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN LA UMF No. 46,
CULIACAN, SINALOA.**

**MC. PAULA FLORES FLORES
ASESOR METODOLOGICO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO.1, CULIACAN, SINALOA.**

**MC. PAULA FLORES FLORES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO.1, CULIACAN, SINALOA.**

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN MUJERES CON
CLIMATERIO Y MENOPAUSIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUMERO 10, VILLA ANGEL FLORES LA PALMA, NAVOLATO, SINALOA**

INDICE

Apartado	Página
Título.....	3
Índice.....;	4
Marco teórico.....	5
Antecedentes científicos.....	25
Planteamiento del problema.....	32
Justificación.....	33
Objetivos.....	34
Hipótesis.....	35
Material y métodos.....	36
Resultados.....	42
Discusión.....	44
Conclusiones.....	46
Sugerencias.....	47
Anexos.....	48
Referencias Bibliográficas.....	58

MARCO TEORICO

El Climaterio y La Menopausia son un evento biológico natural, inevitable en la vida de toda mujer, que lleva desde los cambios hormonales hasta el cese de la función reproductora. ⁽¹⁾

Climaterio es una fase o proceso de envejecimiento, durante la cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Debido a la de privación estrogénica, consistente en alteraciones del ciclo menstrual, trastornos vasomotores y alteraciones psicológicas. El conjunto de estas manifestaciones constituye el síndrome climatérico. Algunos autores indican que inicia alrededor de los 35 años, la federación internacional de ginecología y obstetricia refiere alrededor de los 45 años y se señala su terminación hasta los 65 años y otros hasta el final de su vida. Dentro de esta fase se incluye las etapas de la premenopausia, menopausia y posmenopausia. ^(1,2)

Premenopausia es la etapa del climaterio que se presenta antes de que ocurra la menopausia (la cual inicia alrededor de los 45 años), tiempo durante el cual se presenta el síndrome del climaterio el cual puede prolongarse hasta el primer año siguiente de la menopausia. ⁽²⁾

Menopausia es la suspensión definitiva de la menstruación. La cual se diagnostica una vez que ha transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea y presenta la perdida de la función folicular en ausencia de otros factores que provocan estas causas. Se refiere que puede presentarse alrededor de los 50 años. Se ha utilizado el término de Menopausia Quirúrgica para referirse al cese de la menstruación posterior a una ooforectomía con o sin extirpación del útero aunque esta no haya presentado el Síndrome climatérico ni este en la etapa de posmenopausia.

Posmenopausia es la etapa del climaterio que corresponde al periodo de la vida posterior a la menopausia. Se inicia a los 12 meses de la interrupción definitiva de la menstruación, algunos autores consideran que termina a los 65 años de edad y otros la refieren hasta el final de la vida.

Durante la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva, la mujer experimenta una serie de eventos, los cuales se inician varios años antes de que ocurra la menopausia (cese de la menstruación).⁽³⁾

La causa principal del climaterio reside en el ovario mismo, no por la ausencia de folículos primordiales, sino por la ausencia de respuesta de las gonadotropinas, que dan como primer resultado escasa producción de estrógenos.

Entre los 35 a los 45 años, antes de cualquier alteración del ciclo menstrual y de las variaciones detectables en las concentraciones de estradiol, comienza a elevarse la hormona folículo estimulante (FSH) en la fase folicular temprana. Generalmente después de los 40 años la fase folicular del ciclo se acorta, los niveles de estradiol, inhibina, y de folículoestatinina disminuyen y los niveles de la FSH comienzan a elevarse. Posteriormente los niveles de la hormona luteinizante (LH) también aumentan aunque en menor proporción que la anterior.^(4,5)

Los folículos disminuyen y es más frecuente la ovulación prematura y la fase lútea insuficiente con la disminución de la producción de progesteronas, los cuales producen un exceso de estrógenos en relación con la hormona luteinizante. Cerca de la menopausia, los ciclos menstruales a menudo son irregulares con anovulación intermitente, los niveles de las gonadotropinas son erráticos, es frecuente el hiperestrogenismo relativo con disminución de la progesterona. Clínicamente esto se manifiesta con sangrados vaginales irregulares, pueden existir periodos de amenorrea con valores FSH y LH elevados, similares a los hallados en la menopausia, pero cuando se produce la ovulación, los niveles hormonales pueden volver a límites normales.

Finalmente los folículos ováricos dejan de responder a las FSH y LH; el estradiol desciende menos de 20 pg. /ml, la progesterona es indetectable y clínicamente hay cese de la menstruación. Algunos autores concederán que estos cambios corresponden a tres fases caracterizadas por una serie de cambios hormonales^(6, 7)

Eventos endocrinológicos durante el climaterio

EVENTO	FASE I	FASE II	FASE III
FSH	Ligera elevación	Continua elevándose	Elevada
LH	Niveles normales	Normal o lig. Elevada	Elevada pero < que la FSH
Estrógenos	Disminuyen, pero en relación a la progesterona están elevados	Exceso pero en relación a la progesterona (hiperestrogenismo)	< 20 pg./ml
Progesterona	Comienza a disminuir	Continua disminuyendo	Indetectable
Ciclos Menstruales	Normales o irregulares	Irregulares, sangrados frecuentes	Amenorrea
Ovulación	Normal o prematura	Errática, anovulación frecuente	Ninguna

Después de la menopausia los valores de las hormonas hipofisarias LH y FSH permanecen elevados, aunque siempre con predominio de la segunda cuya concentración puede ser hasta 10 a 15 veces mayor que la reportada en una fase folicular normal, en tanto que la LH se eleva en menor grado y mas tardíamente ya que generalmente alcanza su pico 2 a 3 años después del cese de la menstruación. Ambas permanecen elevadas por un tiempo variable que puede ser hasta de 20 años.

Después de la menopausia cambia el origen y la naturaleza del estrógeno circulante, ya que durante la vida reproductiva predomina el estradiol y en la posmenopausia el estroma. El primero es producido por el ovario y el segundo proviene en su mayoría de la conversión periférica de los precursores androgénicos en el tejido adiposo, músculo e hígado. ^(1, 5, 8,10)

El ovario pos menopáusico no es un órgano inactivo ya que continúa produciendo tanto estrógenos como androstendiona, aunque en cantidades mínimas.

Posteriormente la androstendiona disminuye y los niveles circundantes de esta hormona se reducen casi a la mitad. Por lo contrario, la testosterona plasmática varía poco. De hecho el ovario pos menopáusico, en la mayoría de las mujeres, secreta mas testosterona, ya que con la desaparición de los folículos y del estrógeno, las gonadotrofinas elevadas estimulan el estroma ovárico para aumentar la secreción de testosterona. ⁽¹¹⁾

Signos y Síntomas asociados al climaterio

TIPICOS

- Amenorrea
- Bochornos
- Crisis de sudoración
- Alteraciones del tracto genitourinario
- Vulva: atrofia y prurito
- Vagina: atrofia, dispareunia, vaginitis, sequedad
- Uretra y vejiga: disuria, infecciones frecuentes, uretritis

GENERALES

- Alteraciones menstruales: ciclos cortos, abundantes o prolongados.
- Amenorrea
- Alteraciones Psicológicas: Depresión, Irritabilidad, trastorno del sueño (insomnio), dificultad para concentrarse, crisis Psiquiátricas (ataques de pánico), disminución del deseo sexual.
- Alteraciones socio-emocionales: perdida de la autoestima, disfunción familiar, ansiedad, Cambios de humor, aumento de la tensión,
- Alteraciones Psicósomáticas: cansancio, cefalea, dolores articulares, palpitaciones, parestesias.
- Alteraciones metabólicas: obesidad, disminución de la masa y densidad ósea.

Parece como un consenso en la literatura universal de los 30-40 últimos años que con el aumento de la edad, disminuye en general la actividad sexual y se incrementan determinadas disfunciones sexuales aunque resulta de una extraordinaria complejidad diferenciar si estos cambios son producto de los cambios hormonales o se deben fundamentales aunque no exclusivamente al proceso natural del envejecimiento. Ciertamente, en ello influirán no solamente los niveles endógenos hormonales sino las características individuales que el ejercicio de la sexualidad hubiera podido tener en los años de plenitud hormonal o endocrinológica de la mujer en cuestión; a ello evidentemente, también habrán contribuido las experiencias previas incluso de la riqueza de la actividad biológica de la sexualidad que la propia mujer se hubiera planteado. Llegados a este punto puede ser conveniente una limitada pero profusa relación de aquellos factores que pueden influenciar a muy diferentes niveles el ejercicio de la sexualidad femenina; entre todos ellos caben señalar circunstancias tan dispares como las siguientes:

- Experiencias sexuales previas (con la misma pareja o con anteriores parejas) durante toda la vida de ejercicio de la sexualidad de la mujer en cuestión.
- Comparación, cuando posible, con experiencias anteriores son satisfactorias o insatisfactorias.
- Cambio propios de la edad en relación con el envejecimiento natural biológico.
- Percepción de su figura y cambios en la autoestima relacionadas con, por ejemplo, la redistribución de la grasa típica de periodo climatérico en función del hipoestrogenismo relativo y continuado.
- Problema de salud física directamente relacionada con la calidad de vida (cáncer de mama-mastectomía, infarto agudo de miocardio, artritis reumatoide, artrosis, diabetes mellitus, histerectomía).
- Incontinencia urinaria de esfuerzo y/o urgencia miccional con la enorme cantidad de mujeres que, al menos en nuestro país, ni siquiera se atreven a consultar el problema con sus médicos de Atención Primaria o Ginecólogos.
- Impotencia de su pareja que en la mayoría de las ocasiones tampoco será consultada con el detrimento de la actividad sexual que ello puede condicionar.

- Trastornos del sueño (con insomnio temprano, mediano o tardío) con/sin distimias psicológicas.
- Stress físico o psicológico organizado por problemas de pareja, familiares o laborales (recuérdese aquí entre otros como una circunstancia lamentablemente cada vez más frecuente el mobbing profesional que afecta a cada vez un número creciente de mujeres en esta época de su vida.
- Medicamentos de toda índole para el tratamiento de enfermedades pre-existentes y los posibles secundarismos relativos a dichas terapias así como los efectos adversos de las medicaciones.
- Riqueza (o pobreza) de las relaciones sexuales mantenidas a lo largo de toda su historia sexual.
- Grado de funcionalidad de la pareja (con la impotencia no asumida que se refería más arriba).
- Disminución progresiva per continua en los niveles de estrógenos circulantes y también, de los andrógenos ováricos y/o suprarrenales.

Con esta limitada pero exhaustiva relación de los factores que influencia la sexualidad femenina es de suponer que el abordaje de las disfunciones sexuales que suelen suceder durante el climaterio femenino se nos antoja como de una extraordinaria complejidad.⁽¹⁴⁾

DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS:

TRASTORNOS DEL DESEO:

Deseo sexual femenino hipo activo (déficit de fantasías sexuales y/o deseo y receptividad para la actividad sexual).

Trastorno de la aversión sexual (aversión fóbica y evitación de contacto sexual e incluso del contacto cutáneo con el próximo).

TRASTORNOS DE LA EXITACION SEXUAL:

Con incapacidad para lograr o para mantener una excitación sexual suficiente que lleve con posterioridad al orgasmo.

TRASTORNOS DEL ORGASMO:

Con dificultad, retardo o incluso ausencia absoluta en la obtención del orgasmo tras una estimulación y excitación sexual suficiente.

TRASTORNOS DOLOROSOS DEL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD:

Dispareunia (entendiendo por tal el dolor genital ampliamente considerado, asociado al coito ya sea durante la penetración, durante las contracciones pelvianas del ejercicio del mismo o el aparecido después de la eyaculación).

Vaginismo (entendiendo por tal el espasmo involuntario de toda la musculatura del tercio externo de la vagina que impide a veces de manera absolutamente firme cualquier intento de penetración cohabitacional).

Dolor sexual no coital (refiriéndonos aquí al dolor genital inducido por la estimulación sexual sin mediar la penetración vaginal).^(1, 3, 8,9)

DIAGNOSTICO:

- Historia clínica
- Cuadro clínico
- Perfiles hormonales: valores de referencia:
 - LH fase folicular 12.6 mUI/dl
 - Pico medio ciclo 95.6 mUI/dl
 - Fase lútea 11.4 mUI/d
 - Posmenopáusica 58.5 mUI/dl
 - FSH fase folicular 12.5 mUI/dl
 - Pico medio ciclo 21.5 mUI/dl
 - Fase lútea 7.7 mUI/dl
 - Posmenopáusica 134.8 mUI/dl
 - ESTRADIOL fase folicular 12.6 pg/ml
 - Pico medio ciclo 85.8 a 498.0 pg/ml
 - Fase lútea 211 pg. /ml
 - Posmenopáusica < 5.0 a 54.7 pg. /ml

Para descartar otras patologías:

- Perfil de lípidos
- Perfil tiroideo
- Mastografía
- Citología cervical
- Densitometría ⁽¹¹⁾

TRATAMIENTO HORMONAL DE REEMPLAZO

Contraindicaciones Absolutas:

- Sangrado transvaginal de origen no determinado
- Neoplasias hormono dependientes (Ca. Endometrial, Ca. de mama, Ca. Cervicouterino y Ca. Hepático)
- Enfermedad trombo embolica aguda y crónica
- Enfermedad hepática aguda o crónica
- Enfermedad renal crónica

Contraindicaciones Relativas:

- Miomatosis uterina
- Enfermedad quística mamaria
- Colecistopatías
- Tromboflebitis crónica
- Hipertensión arterial severa
- Diabetes Mellitus no controlada
- Alimentación balanceada rica en calcio (1 a 1.5 gr. diarios)
- Ejercicio físico
- No al tabaquismo y alcoholismo
- Consumo de vitamina D 400 U diario

Estrógenos conjugados naturales de origen equino

Estrógenos conjugados naturales de origen equino con medroxiprogesterona

Estrógenos conjugados naturales de origen equino con clormadinona

Tibolona.

El tratamiento se debe de individualizar considerando la situación clínicas de cada mujer. ^(5, 6, 9, 10, 12, 14,16)

SISTEMA FAMILIAR

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la alteración de la salud, sino en un proceso de rehabilitación, esto depende si la familia es disfuncional, o por el contrario es funcional y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social. La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá de una forma u otra mientras exista nuestra especie. La familia es la unidad social básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la funcionalidad familiar.⁽⁶⁾

Se define como apoyo emocional a las acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo, en suma, se trata de expresiones de amor, de brindar ánimos, hacer compañía, proporcionar confianza, escuchar, expresar preocupación, interés, dar afecto y consolar.⁽¹⁷⁾

Un paciente con adecuado apoyo familiar, no solo tendrá mejor estado de ánimo, sino también un mejor estado inmunológico que le permitirá defenderse más adecuadamente de una enfermedad que es inmunodepresora por naturaleza. Por tal motivo es el apoyo emocional un factor muy importante en la evolución favorable de los pacientes.⁽¹⁸⁾

Unas de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a sus miembros. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad. Por otra parte le permitirá proteger a la familia de situaciones disfuncionales que puedan ser desencadenadas por la aparición de la enfermedad o de sus complicaciones.⁽¹⁹⁾ En programas previos sobre principios educativos para los pacientes diabéticos se destacan como conclusiones la enorme importancia de contar con la colaboración familiar para lograr resultados favorables.⁽²⁰⁾

Es importante hacer énfasis en la educación al paciente en el consultorio, lo cual implica enseñar aspectos básicos de la diabetes, promover la modificación de conocimientos y solucionar problemas inmediatos con cambios en el marco psicológico de referencia para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad. La influencia del médico en la conducta del paciente frente a la enfermedad constituye un punto cardinal, pues muchos profesionales de la salud se limitan al diagnóstico y a la prescripción facultativa, dejando a un lado la valiosa herramienta de la educación ⁽²¹⁾ la que debe ser enfatizada en el consultorio médico de la familia, lo cual implica enseñar aspectos básicos de la diabetes, promover la modificación de conocimientos y solucionar problemas inmediatos con cambios en el marco psicológico de referencia para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad. Por tratarse la diabetes de un padecimiento tan antiguo como la humanidad, el aspecto educacional muchas veces ha sido relegado. El tratamiento del diabético debe incluir en orden de importancia: educación, alimentación, ejercicios y medicación. Orden comúnmente invertido. El objetivo primordial es mejorar el control, evitar o disminuir las complicaciones agudas o crónicas y mejorar la calidad de vida. ⁽²²⁾

Para estos es necesaria la guía del personal sanitario, modificando actitudes en pacientes y familiares allegados, ante la enfermedad ⁽²³⁾ educar permitirá afrontar exigencias terapéuticas con autonomía y responsabilidad pero sin menoscaba el bienestar general. ⁽²⁴⁾

La dinámica de interrelación que se establezca entre familiares y el individuo es uno de los factores determinantes en el control metabólico como reportará Karisson ⁽²⁵⁾ cuando escribe que diabético, con un modelo familiar favorable, aumenta significativamente su control ante la enfermedad. Dentro del papel del médico de familia, extensible a todos los integrantes del sistema sanitario, se encuentra como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud y tenerlos en cuenta para el cuidado del mismo, reconociendo igualmente la influencia de los problemas del paciente en su familia. Las personas diabéticas tienen síntomas y tienen también familias. El camino entre los pacientes diabéticos y sus familias se recorre en ambas direcciones. ⁽²⁶⁾

Para establecer su estado funcional mediante la técnica de APGAR, el doctor Gabriel Smilkstein ha diseñado un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia. El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. ⁽²⁷⁾

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. ⁽²⁸⁾ En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. ⁽²⁹⁾ Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. ⁽³⁰⁾

SUBSISTEMA CONYUGAL:

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal.

Las funciones llevadas a cabo por la pareja deben ser claras y gratificantes, es por ello que el médico familiar debe orientar a la pareja y contar con criterios definidos que permitan evaluar su grado de disfuncionalidad sin perder de vista el marco social en que se encuentra inmerso.

LA RELACION DE PAREJA:

Debemos afirmar que la pareja no se forma con el matrimonio formal desde el punto de vista de su funcionalidad, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se define y afianza factores significativos para la pareja. Luis leñero señala cuando menos tres factores que influyen en el proceso de la elección de la pareja:

1. Residencia en una determinada.
2. pertenencia a una determinada clase social
3. involucración en un determinado circulo social

Algunos autores identifican otros requisitos de la pareja para poder constituirse:

- a) Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
- b) Reconocer creencias afines.
- c) Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- d) Contemplar expectativas económicas semejantes.
- e) Disponer de una actividad semejante con respecto a la vida social.

Como puede observarse, el ajuste que la pareja tiene que lograr debe darse a varios niveles e involucrar un ajuste en cada uno de ellos. Los acuerdos e intereses que la pareja debe conciliar para poderse incorporar como una familia en un ámbito social son señalados por Duval y son considerados como base universales para establecer un núcleo familiar:

1. una casa
2. un sistema de captación y distribución de dinero.
3. Un sistema de patrones de responsabilidad.
4. Mutua satisfacción en las relaciones sexuales.
5. Un sistema adecuado de comunicación.
6. Interacción con amigos.
7. Relaciones de trabajo de ambos.
8. Un concepto filosófico de la vida como pareja.
9. Continuación de la educación de ambos.

Un aspecto fundamental en el inicio de la vida conyugal es la lucha por el poder en todo el sentido de la palabra, lucha que está presente en la pareja desde el inicio de la interacción y tiene mucho que ver con la manera en que se han relacionado en sus familias de origen, ya sea en una relación de dependencia o igualdad, y que se manifiesta principalmente en la toma de decisiones y el tipo de actividad hogareña o laboral desarrollada.

El objeto primordial de la entrevista a parejas con conflictos debe ser capacitarlos para que puedan reconocer sus conflictos sin perder su sentimiento de pertenencia a la pareja. Hay que recordar que el subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia, por lo que este funcionamiento conyugal es en realidad estructurante, tanto para la personalidad de los adultos como de los hijos, confirmando que la interacción cotidiana es lo verdaderamente valioso en la familia.

La orientación a la pareja así como la prescripción de antibióticos o antiparasitarios, carecen de valor sino se acompañan de una reflexión conjunta del médico-paciente o medico-familia acerca de las condiciones que provocan enfermedad o conflicto.

FUNCIONES CONYUGALES:

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos, sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos, como quiera que estos se presenten y en el momento en el que se presenten.

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son: comunicación, adjudicación y adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

1. Función de comunicación:

Esta función debe ser evaluada a través de de las pautas comunicativas establecidas y predominantes en la pareja como lo señala Watzlawick⁴ y cuyas características deben ser:

- a) Que sea clara, es decir, que los mensajes vayan dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con un significado distinto o contrario a lo que se dice.
- b) Que sea directa, es decir que valla dirigida al receptor sin mediar ningún otro integrante de la familia, lo que en la patología comunicacional se conoce como comunicación triangular, o bien, con la comunicación desplazada.
- c) Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal o lenguaje analógico, aquí adquieren mucha importancia los gestos y actitudes que se asumen acerca de los mensajes que emite el cónyuge, en ocasiones se dice mas no diciendo nada pero tomando una actitud de rechazo o indiferencia.

2. Función de adjudicación y asunción de roles:

La pareja adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad. Las características que deben evaluarse en esta función son:

- a) Congruencia. La función realizada debe ser congruente con las capacidades y aspiraciones del cónyuge.
- b) Satisfacción. Implica que el ejecutar una función debe brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar, así como el ser aceptado.
- c) Flexibilidad. Se refiere al intercambio de funciones hacia el grupo familiar. Siempre es deseable que se intercambien los roles para poder valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas, ya sean domesticas o de índole laboral.

3. Función de satisfacción sexual:

En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explicita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene. A la pareja recién formada puede llevarle de seis a nueve meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria. En este rubro la información y orientación a las parejas resulta siempre tranquilizante para ambos, ya que una relación poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges. En virtud de lo amplio y complicado que resulta evaluar esta función se propone solo evaluar dos rubros:

- a) Frecuencia de actividad sexual. Debe investigarse con el objetivo de establecer si no existen demandas injustificadas de alguno de los cónyuges y con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana.
- b) Satisfacción. Considerando que las actividades que pueden ser satisfactorias para la pareja son tan amplias, se considera suficiente investigar si su actividad sexual resulta satisfactoria.

4. Función de afecto:

Esta función debe ser evaluada a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas puede ser suficiente un abrazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas, por lo que resulta conveniente utilizar indicadores indirectas para evaluar esta función, como son:

- a) Manifestaciones físicas, las cuales deben ser investigadas en su tipo, como pueden ser abrazos, besos, caricias y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja.
- b) Calidad de la convivencia, es decir la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.
- c) Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges esté dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extra hogar.

5. Función de toma de decisiones:

Es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones, ya que este produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentales; los estilos más frecuentes son:

- a) Toma de decisiones conjunta. Ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.
- b) Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge, esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene la función de decidir.

El cuadro 1 se presenta los criterios de evaluación del subsistema conyugal con su respectiva ponderancia.

CUADRO 1.- EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

FUNCIONES	PARAMETROS	CALIFICACION % ASIGNADA	
1.-COMUNUICACION	A)CLARA	10	30
	B)DIRECTA	10	
	C)CONGRUENTE	10	
22.-ADJUDICACION Y ASIGNACION DE ROLES	A)CONGRUENCIA	5	15
	B)SATISFACCION	5	
	C)FLEXIBILIDAD	5	
3.-SATISFACCION SEXUAL	A)FRECUENCIA	10	20
4.-AFECTO	B)SATISFACCION	10	
	A)MANIFESTACIONES FISICAS	5	20
	B)CALIDAD DE COMBIBENCIA	5	
	C)INTRERESPOR EL DESARROIIO DE LA PAREJA	5	
D)RECIPROSIDAD	5		
5.-TOMA DE DECISIONES	A)CONJUNTO	15	15
	B)INDIVIDUAL	0	
	TOTAL	100	100

Indicadores para evaluar cada una de las funciones por medio de escala evaluativa (cuadro II).

CUADRO II ESCALA EVALUATIVA.

	PONDERACION		
	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
1.FUNCION DE COMUNICACION			
A)CUANDO QUIERE COMUNICAR ALGO A SU PAREJA SE LO DICE DIRECTAMENTE	0	5	10
B)LA PAREJA EXPRESA CLARAMENTE LOS MENSAJES QUE INTERCAMBIA	0	5	10
C)EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y ANALOGICA	0	5	10
2. FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES			
A)LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN	0	2.5	5
B)SON SATISFACTORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA	0	2.5	5
C)SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROLE ENTRE LA PAREJA	0	2.5	5
3. FUNCION DE SATISFACION SEXUAL			
A)ES SATISFACTORIA LA FRECUENCIA CON QUE TIENE RELACIONES SEXUALES	0	5	10
B)ES SATISFACTORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	0	5	10
4. FUCION DE AFECTO			
A)EXISTEN MANIFESTACIONES FISICAS 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 INTERESAN POR EL DESARROLLO Y SUPERACION DE LA PSREJA	0	2.5	5
D)PERCIBEN QUE SON QUERIDOS POR SU PAREJA	0	2.5	5
5)FUNCION DE TOMA DE DESICIONES			
A)LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN CONJUNTAMENTE	0	7.5	5

La clasificación de cada función permite detectar cuantitativamente el área o áreas que ameritan atención y ajuste y se proponen que en general las disfunciones se califiquen sumando el puntaje total observado como sigue:

0-40 pareja severamente disfuncional.

41-70: pareja moderadamente disfuncional.

71-100: pareja funcional.

Lo que permitirá al médico familiar discriminar y canalizar a terapia familiar a las parejas severamente disfuncionales, así como abordar las áreas disfuncionales detectadas.

Algunos autores coinciden, en que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción conyugal ⁽³¹⁻³⁴⁾.

La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria. Díaz ¹³ refiere que se debe modificar la relación médico-paciente para que el usuario exprese sus quejas y el motivo real que originó su demanda, estableciendo acciones de prevención y atención más eficaz, para evitar la cronicidad de la disfunción conyugal y la consecuente sobreutilización de los servicios de salud. ⁽³⁵⁾

El APGAR Familiar. Es un instrumento limitado ya que explora solo la comunicación, el afecto, la cooperación, la crisis familiares y la autoestima; la exploración de la funcionalidad familiar se hace a través de preguntas de respuesta breve, siendo una incursión corta en amplitud dejando sin explorar importantes funciones con la gratificación sexual, la toma de decisiones y los roles desempeñados en la familia. Es un instrumento cuya sensibilidad y especificidad es de alrededor del 60%.

El APGAR familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

Componentes	Definición
Adaptación	Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
Participación	Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
Crecimiento	Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
Afecto	Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
Recursos	Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

El APGAR se califica de la siguiente manera:

0	=	Nunca
1	=	Casi nunca
2	=	Algunas veces
3	=	Casi siempre
4	=	Siempre

El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. Este cuestionario ha sido utilizado en diversas culturas y ha sido comparado con cuestionarios más complejos, con muy buena correlación.

Estas tres herramientas son utilizadas cuando se realiza la valoración del individuo desde el modelo de Callista Roy, cuando se requiere un enfoque del modo psicosocial. Para el rol utilizamos el familiograma, en la interdependencia del ecomapa y para el auto concepto utilizamos el Apgar.)^(36, 37, 38,39)

En otro sentido, el APGAR familiar es un instrumento de medición del funcionamiento familiar, que refleja de qué forma recibe apoyo el paciente por parte de su familia. (1, 8,25) Cabe mencionar que el soporte familiar juega un papel importante en la mejoría clínica y en la menor incidencia de las hospitalizaciones o complicaciones tal como ha sido reflejado en estudios realizados a pacientes portadores de diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica).^(40,41)

La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un comportamiento como tal frente a la salud y atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores a sus hijos; lo cual explica el proceso que acontece desde que se reconoce una hasta que se cura o desaparece esta.⁽⁴²⁾

Se define como familia sana aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y por lo tanto normo funcional, una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital el que se encuentra y en relación con las demandas que percibe en su entorno.⁽⁴³⁾

Este equilibrio de la familia puede alterarse ante las crisis Paranormativas como la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, que la cooperación y participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar el equilibrio de nuevo de la salud familiar.⁽⁴⁴⁾ De lo anterior entendemos que no solo el seguimiento en el tratamiento y la realización de diversas intervenciones, vendrán a garantizar la calidad de vida de nuestro paciente, sino también, debemos agregar el apoyo que la familia brindaría y que sin duda, desempeña pues un papel importante en el mejoramiento del estado de salud, así como en la prevención de recaídas condicionadas por agentes oportunistas que son frecuentes en esta enfermedad.⁽⁴⁵⁾

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Climaterio: Es una fase o proceso de envejecimiento, durante la cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Debido a la de privación estrogénica, consistente en alteraciones del ciclo menstrual, trastornos vasomotores y alteraciones psicológicas. El conjunto de estas manifestaciones constituye el síndrome climatérico.

Algunos autores indican que inicia alrededor de los 35 años, la federación internacional de ginecología y obstetricia refiere alrededor de los 45 años y se señala su terminación hasta los 65 años y otros hasta el final de su vida.

Dentro de esta fase se incluye las etapas de la pre menopausia, menopausia y posmenopausia. ⁽¹⁻²⁾

Premenopausia: Es la etapa del climaterio que se presenta antes de que ocurra la menopausia (la cual inicia alrededor de los 45 años), tiempo durante el cual se presenta el síndrome del climaterio el cual puede prolongarse hasta el primer año siguiente de la menopausia. ⁽²⁾

Menopausia: Es la suspensión definitiva de la menstruación. La cual se diagnostica una vez que ha transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea y presenta la perdida de la función folicular en ausencia de otros factores que provocan estas causas. Se refiere que puede presentarse alrededor de los 50 años.

Se ha utilizado el término de Menopausia Quirúrgica para referirse al cese de la menstruación posterior a una ooforectomía con o sin extirpación del útero aunque esta no haya presentado el Síndrome climatérico ni este en la etapa de posmenopausia.

Posmenopausia: Es la etapa del climaterio que corresponde al periodo de la vida posterior a la menopausia. Se inicia a los 12 meses de la interrupción definitiva de la menstruación, algunos autores consideran que termina a los 65 años de edad y otros la refieren hasta el final de la vida.

Entre los 35 a los 45 años, antes de cualquier alteración del ciclo menstrual y de las variaciones detectables en las concentraciones de estradiol, comienza a elevarse la hormona folículo estimulante (FSH) en la fase folicular temprana. Generalmente después de los 40 años la fase folicular del ciclo se acorta, los niveles de estradiol, inhibina, y de folículoestatinina disminuyen y los niveles de la FSH comienzan a elevarse. Posteriormente los niveles de la hormona luteinizante (LH) también aumentan aunque en menor proporción que la anterior. ⁽⁴⁻⁵⁾

Los folículos disminuyen y es más frecuente la ovulación prematura y la fase lútea insuficiente con la disminución de la producción de progesteronas, las cuales producen un exceso de estrógenos en relación con la hormona luteinizante. Cerca de la menopausia, los ciclos menstruales a menudo son irregulares con anovulación intermitente, los niveles de las gonadotrofinas son erráticos, es frecuente el hiperestrogenismo relativo con disminución de la progesterona. Clínicamente esto se manifiesta con sangrados vaginales irregulares, pueden existir periodos de amenorrea con valores FSH y LH elevados, similares a los hallados en la menopausia, pero cuando se produce la ovulación, los niveles hormonales pueden volver a límites normales.

Finalmente los folículos ováricos dejan de responder a las FSH y LH; el estradiol desciende menos de 20 pg. /ml, la progesterona es indetectable y clínicamente hay cese de la menstruación. ⁽⁵⁾

Las creencias sociales sobre la menopausia pueden afectar la auto imagen de la mujer y pueden potencialmente afectar su compromiso con la THS. Cuando el término "menopáusica" es aplicado a una mujer, ella puede querer negar su condición por sentirse vieja; el tener un término más circunscrito, como "deficiencia de estrógenos", puede permitir a la paciente sentirse más confortable con los cambios que está experimentando y más optimista sobre su rol en al THS. ^(1, 3,5)

En general, a medida que aumenta la edad de una población se incrementa la proporción de mujeres, como resultado de la mortalidad diferencial por sexo.

En promedio, las mujeres de la región viven seis años más que los hombres y al comienzo de la vejez esa diferencia es de casi cuatro años.

Existen algunas hipótesis que tratan de explicar la necesidad de la menopausia en la especie humana. Perls y Fretts, en sus investigaciones sobre individuos centenarios, revisaron información publicada sobre el tema que conduce a pensar en una estrecha relación entre la evolución de la duración de la vida humana y la de la menopausia, así como a explicar por qué ocurre en ese momento.⁽⁷⁾

Una de ellas propone que la edad de la menopausia está vinculada a la longevidad. Perl y Fretts encontraron que, entre las centenarias, un 19,9 por ciento tuvo hijos después de los 40 años, comparado con el 5,5 por ciento entre mujeres de una cohorte similar en cuanto a fecha de nacimiento, que fallecieron a los 73 años. Ellos alegan que una menopausia relativamente retardada, como indica un parto después de los 40 años, puede ser un marcador de envejecimiento lento y de la consecuente capacidad de alcanzar una edad extrema. Este hallazgo es interesante no sólo por la posibilidad de predecir longevidad, sino también por sus implicaciones con las bases teóricas de la menopausia y la duración de la vida.

Estas observaciones se corresponden con resultados de otras investigaciones en animales de experimentación, en los cuales la reproducción tardía también retardó la mortalidad. Una explicación que se ajusta a estos resultados se basa en la teoría de la pleiotropía antagonista, enunciada por Williams y Williams en 1957, que sostiene que existen genes con efectos beneficiosos tempranamente en la vida, como los que incrementan la fertilidad, pero perjudiciales tardíamente, como causantes de la aceleración del envejecimiento.

Otros autores como Vázquez y colaboradores, plantean que esto estaría en contradicción con la teoría del “soma disponible”, ya que una larga vida requiere un importante gasto en el mantenimiento de las células somáticas a expensas de los recursos necesarios para la reproducción. Sin embargo, esta teoría predice, intrínsecamente, un “arreglo” entre fertilidad y longevidad. Las

centenarias tendrían una menopausia retardada ya que los genes habilitadores de longevidad permitirían que dicho “arreglo” entre mantenimiento somático y reproductivo ocurriera más tardíamente en la vida. Por ello, las longevas con menopausia retardada mostrarían una fertilidad mayor, no menor.

La teoría enunciada por Williams y Williams presenta la menopausia como una respuesta adaptativa de la especie humana, es decir, que actúa como un centinela para proteger a la mujer que envejece de los riesgos del parto. En la medida que los humanos evolucionaron y fueron capaces de alcanzar edades cada vez más viejas, llegó un momento en que la supervivencia durante el nacimiento de un niño comenzó a declinar como una función de envejecimiento adicional y fragilidad incrementada. Las mujeres, quienes en virtud de alguna mutación genética, se convirtieron en infértiles antes de la edad de riesgo marcado de mortalidad, tuvieron una ventaja en supervivencia sobre aquellas que no tuvieron esta serie de mutaciones. Una ventaja igualmente importante de supervivencia continuada podría ser que las madres continúan asegurando la supervivencia de sus hijos más allá de la pubertad, así como asistir al cuidado de sus nietos. Desde la perspectiva de asignación de energía, probablemente llega un momento, con la vejez (y la disminución de energía), que es más eficiente atender a los hijos y realizar otros trabajos en la sociedad, que dedicar esa energía al embarazo, el parto y la lactancia. En las sociedades primitivas de cazadores – recolectores, la mujer post reproductiva realizaba una gran parte del trabajo. Por ello, la menopausia suministró una ventaja en supervivencia y significó una mayor seguridad en el paso de sus genes a la generación subsiguiente. Williams y Williams llamaron a la menopausia una “respuesta adaptativa” al incremento del riesgo de mortalidad asociado al parto. La explicación para la evolución hacia la menopausia parece encontrarse en la única circunstancia que afecta la historia de la vida humana. ⁽⁸⁻¹²⁾

En la actualidad existe la conciencia de que el rápido envejecimiento de la población femenina, asociado a la menopausia, está considerado como uno de los problemas más graves al que se enfrenta la sociedad. Por ello, algunos países han estado tomando acciones encaminadas a controlar este proceso

para lograr, lo que se ha denominado, envejecimiento femenino saludable. Por ejemplo, la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia ⁽¹³⁾ (AEEM) - en colaboración con la asociación Española para el Estudio Científico del Envejecimiento Saludable - ha puesto en marcha la primera Sección para el Estudio del Envejecimiento Femenino, con el propósito de “evaluar los riesgos de las enfermedades más prevalentes en la mujer mayor, como la osteoporosis, el cáncer de mama, colon y pulmón, los trastornos cardiovasculares, la depresión y la Enfermedad de Alzheimer, con vistas a la promoción de la intervención médica preventiva y la prevención de la invalidez”. Las tendencias demográficas actuales destacan el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas. En el año 2002, de la población mundial con 60 años y más, el 55,3 por ciento eran mujeres. ^(8-9,13-14)

Particularmente en la población femenina, esto significa que el número de años que vive la mujer después de la menopausia ha ido aumentando y se estima hoy en día que las mujeres pasan un tercio o más de sus vidas en el estado postmenopáusico y la senilidad.

Un 55% de las mujeres de América Latina, en promedio, empeora su calidad de vida durante el climaterio o menopausia, reveló un estudio difundido en esta capital.

Expertos de la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio evaluaron a 8.000 mujeres de entre 40 y 59 años en 12 países de la región, para saber cómo es su calidad de vida durante el período en que transita de la fertilidad a la infertilidad. Según el estudio, que próximamente será publicado en la revista científica *Maturitas*, un 80.8% de las mujeres chilenas son las que señalan sufrir síntomas severos y moderados durante la menopausia, superando lejos a otras naciones de la región, que en promedio alcanzan un 55.4%.

Le siguen las mujeres de Uruguay con un 67,4%; de Venezuela con el 62.7% y de Ecuador con el 60.10%, precisó el estudio.

Más abajo se encuentra Panamá y República Dominicana con el 56.6% cada una; Cuba con el 55.7%; Argentina con el 53.7%; Bolivia con el 52.2% y Perú con el 51.6%.

Mientras que las mujeres de México y Colombia, se distancian del promedio regional al situarse con el 49.50% y un 48.30%, respectivamente.

El método de evaluación consistió en tres dominios, el primero fue el "dominio somático", que evalúa síntomas como bochornos, sudoración excesiva, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y molestias articulares.

También se estudió el "dominio psicológico", que analizó el estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y cansancio mental. El "dominio urogenital", en tanto, estudió los problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad de la vagina.

En Europa, Norteamérica, Latinoamérica y Asia, los porcentajes de mujeres con síntomas climatéricos severos son 24.3%, 22.5%, 22.7% y 9.5%, respectivamente, mientras que en Chile es de 41.1%.

La disminución gradual de la actividad sexual en los años que suceden a la menopausia, es corroborada por otros autores. En una investigación llevada a cabo en México entre mujeres supuestamente normales que acudían a consulta para control de salud, se encontró que entre los 40 y los 44 años, el 74% de ellas estaban sexualmente activas y con una frecuencia promedio de 6 relaciones por mes, mientras que en el grupo de 55 a 59 años esta cifras descendían al 40 % de activas con una frecuencia de 2,7 relaciones por mes.

Un resultado similar se encontró en un estudio llevado a cabo entre mujeres noruegas no histerectomizadas, con edades comprendidas en 45 y 55 años, en las que se reportó que en el 59 % había decrecido la frecuencia coital, mientras un 41 % la había aumentado (26 %), o se mantenía igual (15 %)⁽³⁰⁾.

Entre las disfunciones sexuales en esta etapa hay que señalar las dispareunia que aumenta de manera significativa, lo que está en relación con la atrofia de la mucosa vaginal y el descenso en la lubricación de la vagina durante la excitación sexual.⁽¹⁵⁾

No está claro hasta qué punto los cambios en la función sexual que se reportan en el climaterio son consecuencia de los cambios en el equilibrio hormonal o de los factores psicosociales que están presentes en esta etapa.

Los roles femeninos estereotipados y las actitudes sociales y culturales pueden jugar un papel importante en el deterioro de la vida sexual de la mujer climatérica.

Numerosos estudios arrojan como resultado que la conducta sexual en esta etapa está en relación con factores tales como: presencia de problemas de

salud o en su pareja; falta de ajuste en la relación general con la pareja; no disponibilidad de pareja y actitudes negativas hacia la sexualidad de la mujer mayor.

Por otro lado, se han tratado de establecer una relación entre las características de la actividad sexual en esta etapa y los niveles de estrógeno en plasma con resultados también contradictorios.

Muchos autores coinciden en señalar que la estrogenerapia tiene un efecto positivo sobre el funcionamiento sexual de la mujer menopáusica aumentando el deseo sexual, la lubricación vaginal y la frecuencia y calidad del orgasmo, mientras otros no encuentran los mismos resultados.

El efecto benéfico del estrógeno sobre el tejido vaginal y sobre el dolor en el coito, ha sido demostrado; sin embargo, parece ser que la testosterona es la hormona más importante implicada en el mantenimiento de la libido. ⁽²⁹⁾

Al analizar la problemática en su conjunto, queda claro que la de enfrentar la situación de las mujeres climatéricas que experimentan dificultades sexuales, se debe tener en cuenta la variedad de factores sociales y psicológicos que pueden estar incidiendo en ella, al mismo tiempo que se determina el status hormonal.

Grandes beneficios en el tratamiento de dichas mujeres pueden derivarse del adecuado conocimiento de las necesidades sexuales y deseos de la mujer, de la comunicación abierta en la pareja, del incremento del tiempo dedicado al juego sexual y del tratamiento de trastornos concomitantes en el compañero sexual.

Las disfunciones sexuales impiden y dañan la vida sexual, social y de pareja. Pueden presentarse de forma global, ya sea cuando la misma mujer toca su cuerpo o cuando lo hace su pareja; de forma parcial cuando los problemas se generan con la pareja, pero de manera individual sí se logra tener placer o de forma selectiva, cuando los problemas surgen solamente con alguna persona, siendo muy diferente el comportamiento, las actitudes y los efectos con otra persona. ⁽¹⁶⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de Disfunción familiar en mujeres con climaterio y menopausia en población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 Villa Ángel Flores La Palma, Navolato, Sinaloa?

El Climaterio y La Menopausia son un evento biológico natural, inevitable en la vida de toda mujer, que lleva desde los cambios hormonales hasta el cese de la función reproductora. Lo que condiciona cambios a nivel vasomotor, en el aparato genitourinario femenino así como cambios psicológicos.

En una investigación llevada a cabo en México entre mujeres supuestamente normales que acudían a consulta para control de salud, se encontró que entre los 40 y los 44 años, el 74% de ellas estaban sexualmente activas y con una frecuencia promedio de 6 relaciones por mes, mientras que en el grupo de 55 a 59 años esta cifras descendían al 40 % de activas con una frecuencia de 2,7 relaciones por mes.

JUSTIFICACION

El Climaterio y La Menopausia son un evento biológico natural, inevitable en la vida de toda mujer, que lleva desde los cambios hormonales hasta el cese de la función reproductora. Lo que condiciona cambios a nivel vasomotor, en el aparato genitourinario femenino así como cambios psicológicos.

Durante la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva, la mujer experimenta una serie de eventos, los cuales se inician varios años antes de que ocurra la menopausia (cese de la menstruación).

La causa principal del climaterio reside en el ovario mismo, no por la ausencia de folículos primordiales, sino por la ausencia de respuesta de las gonadotrofinas, que dan como primer resultado escasa producción de estrógenos. Los que condicionan alteraciones en la relaciones tanto personales como de pareja alterando la sexualidad de la pacientes lo que puede contribuye a la disfunción familiar y conyugal.

La disminución gradual de la actividad sexual en los años que suceden a la menopausia, es corroborada por otros autores. En una investigación llevada a cabo en México entre mujeres supuestamente normales que acudían a consulta para control de salud, se encontró que entre los 40 y los 44 años, el 74% de ellas estaban sexualmente activas y con una frecuencia promedio de 6 relaciones por mes, mientras que en el grupo de 55 a 59 años esta cifras descendían al 40 % de activas con una frecuencia de 2,7 relaciones por mes.

Un resultado similar se encontró en un estudio llevado a cabo entre mujeres noruegas no histerectomizadas, con edades comprendidas en 45 y 55 años, en las que se reportó que en el 59 % había decrecido la frecuencia coital, mientras un 41 % la había aumentado (26 %), o se mantenía igual (15 %).

Entre las disfunciones sexuales en esta etapa hay que señalar las dispareunia que aumenta de manera significativa, lo que está en relación con la atrofia de la mucosa vaginal y el descenso en la lubricación de la vagina durante la excitación sexual.

En esta unidad de medicina familiar se ha visto que conforme se acerca a la menopausia y climaterio es importante estudiar a la población femenina ya que al tener conocimiento de estas patologías nos puede resultar benéfico en cuanto apegos a tratamiento de otras enfermedades crónicas ya que los cambios fisiológicos y psicológicos que enfrenta la mujer en este grupo etario son muy significativos para ser comprendidos dentro del núcleo familiar y tener mejor relación en la diada conyugal.

La disfunción familiar que se presenta al tener el diagnóstico de estas enfermedades es muy importante evaluarla ya que puede influir en la dinámica familiar y sobre todo de pareja y repercute en el cumplimiento de las funciones con el resto de la familia. En este grupo de mujeres es de vital importancia que como médicos familiares realicemos un diagnóstico oportuno para dar continuidad con el manejo integral y anticipatorio sobre las complicaciones que pueden repercutir en la salud de la mujer mexicana.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de disfunción familiar en mujeres con climaterio y menopausia en población adscrita en la Unidad de Medicina Familiar número 10 Villa Angel Flores La Palma, Navolato, Sinaloa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los grados disfuncionalidad familiar por medio de la aplicación del instrumento de evaluación de funcionalidad familiar APGAR y disfuncionalidad conyugal por medio de la aplicación del cuestionario de Chávez y Velazco en la mujeres con Climaterio y Menopausia.
- Registrar edad, nivel socioeconómico, estado civil, religión, escolaridad en la población de estudio.
- Registrar frecuencia de actividad sexual y la satisfacción sexual referida por las pacientes en estudio.
- Identificar la frecuencia de presentación de enfermedades crónicas degenerativas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.
- Identificar la frecuencia de presentación de obesidad en la población en estudio.
- Identificar el tratamiento con mayor frecuencia indicado en las pacientes.
- Identificar la evolución que presentan con el tratamiento, así como la satisfacción que refieran sobre su tratamiento.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo, prospectivo, unicéntrico, observacional, tipo encuesta.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes femeninas con diagnóstico de climaterio y menopausia en control, adscritas a la U.M.F. N° 10 del IMSS de Navolato, Sinaloa.

AMBITO GEOGRAFICO DEL ESTUDIO

En los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar número 10 del IMSS de Navolato, Sinaloa, Villa Ángel Flores La Palma en el área de consulta Externa de Medicina Familiar.

En periodo correspondiente de mayo del 2009 a mayo del 2010.

AREA DE ESTUDIO

-Medicina familiar.

DISEÑO ESTADISTICO

Se realizara muestreo a conveniencia hasta completar las pacientes requeridas para el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(Z)^2 * (P) * (Q)}{d^2}$$

n= tamaño de la muestra.

Z= es una constante que equivale a 1.96

P= es la primera aproximación a la proporción poblacional, este valor puede ser obtenido de estudios previos o muestreos pilotos de individuos que presentan la características de estudio.

Q= es la proporción de individuos que no presentan el fenómeno o características de estudio.

d=es la máxima discrepancia permitida entre el valor verdadero de P y el que se obtendrá de la muestra.

$$n = 176$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que no presentaron menstruación los 12 meses previos o más a la encuesta, en las que se ha descartado otras causas de amenorrea que no sea la de climaterio y menopausia fisiológica derechohabientes de la UMF No 10 IMSS.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.- Pacientes con enfermedades incapacitantes que impidan contestar los cuestionarios.
- 2.- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.
- 3.- Pacientes que reciban medicamentos que alteren la sexualidad.
- 4.- Pacientes que no tengan pareja sexual solamente contestaran el cuestionario de APGAR, ya que FACES III evalúa lo referente a gratificación sexual.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1.- Mujeres las cuales se negaron a contestar la encuesta a realizar
- 2.- Mujeres que se perdieron para su seguimiento.
- 3.- Menopausia quirúrgica (post-forectomía)

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la edad actual	Cuantitativo	Años
Estado civil	Condición del individuo de soltería, matrimonio, viudez, divorcio, unión libre	Cualitativa	Soltera, casada, unión libre, divorciada, viuda

Escolaridad	Tiempo que asiste a un centro de enseñanza para llevar a cavo el estudio	Cualitativa	Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, preparatoria, profesional
Religión	Conjunto de creencias y dogmas que tienen las pacientes	Cualitativa	Ateo, católica, testigo de Jehová, otra.
Índice de Masa Corporal (IMC)	Según la OMS es la cantidad de kilogramos por metro cuadrado de superficie corporal. Es igual a peso entre la talla elevada al cuadrado.	Cuantitativa	Peso normal:19-24.9, sobrepeso =25-29.9, obesidad>30
Disfunción familiar	Familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe en su entorno. conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro de una familia, haciendo que funcione bien o mal como unidad.	Cualitativa	Disfunción leve, Disfunción moderada, Disfunción severa.
Disfunción conyugal	Se refiere a las funciones llevadas a cavo por la pareja, donde los acuerdos e intereses de la pareja no concilian para poderse incorporar como familia en un ámbito social.	Cualitativa	Pareja severamente disfuncional 0-40, pareja moderadamente disfuncional 41-70, pareja funcional 71 - 100.
Tipo de familia	Auxiliar	Registrar si es nuclear o compuesta	La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la

			sociedad.
Ocupación	Función desempeñada por alguien para ganarse la vida	Cualitativa	Ama de casa, empleada, profesionista, comerciante.
Lugar de origen	De donde proviene	Cualitativa	Se anotara según lo referido por la paciente
Lugar de residencia	Domicilio donde vive una persona	Cualitativa	Se anotara según lo referido por la paciente.
Paridad	Número de hijos que tuvo la paciente	Cuantitativa	Se anotara el número que refiera la paciente.
Consumo de tabaco	Hábito de fumar tabaco	Cualitativa	Si, No
Edad de Inicio de vida sexual	Es la edad a la que inicio a tener relaciones sexuales	Cuantitativa	Años.
Número de parejas sexuales	Es la cantidad de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales	Cuantitativa	Se anotara la cantidad referida por la paciente.
Nivel socioeconómico	Condiciones económicas y sociales en que se encuentran los individuos, se toma como base el ingreso mensual en salarios mínimos	Cualitativa	Bajo de 2-4 salarios mínimos, medio de 4 a 14 salarios mínimos, alto >14 salarios mínimos.
Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual	Si ha padecido alguna enfermedad transmitida por contacto sexual	Cualitativa	Herpes genital, clamidiasis, sífilis, gonorrea, VIH, Hepatitis, Trichomoniasis, candidiasis, Vaginosis.

METODO

Se realizara una entrevista directa e individual a cada mujer seleccionada en la muestra que se encuentre en control por Climaterio y menopausia cuando asista a su cita de control.

La aplicación de la encuesta consiste en dos cuestionarios, que los médicos generales aplicaran una encuesta para valorar el APGAR familiar que consta de 17 preguntas, con el cual se valorara la funcionalidad familiar, con resultados de 0-6 puntos como disfunción grave, 8-12 puntos disfunción moderada y de 12-20 puntos familia funcional. Así como el instrumento de Chávez-Velazco para valorar la función del subsistema conyugal el cual consta de cinco apartados que son 13 ítems, los resultados se clasificaran según las puntuaciones: entre 71 y 100 pareja funcional, de 41 a 70 pareja moderadamente disfuncional y menos de 40 puntos pareja severamente disfuncional.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- 1.- Medico ginecólogo.
- 2.-Residentes de medicina familiar.
- 3.-Enfermera.
- 4.-Asistente medica.

RECURSOS FISICOS

- 1.-Consultorio Medico.
- 2.-Sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar numero 10.

RECURSOS MATERIALES

- 1.-Hoja de recolección de datos.
- 2.-Hojas blancas, lápices, pluma, calculadora.
- 3.-Expediente clínico electrónico.
- 4.-Computadora.

RESULTADOS

En este estudio que se realizó se encuestaron a 176 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar # 10 Villa Ángel Flores La Palma, Navolato Sinaloa.

Las edades correspondieron entre 45 y 60 años de las cuales 78 tuvieron una edad entre 45 y 49 años correspondientes a un 44 %, 86 encuestadas fueron de 50 a 54 años correspondientes a un 49 %, 55 a 59 años 9 pacientes representando a un 5 % y 3 Paciente de 60 años correspondientes a un 2 %.(Grafica 1)

De las cuales el estado civil de las pacientes fue de: Solteras 8 correspondientes a un 4.54 %. Casadas 94 lo que corresponde a un 53.40 % Unión libre 62 pacientes lo que representa un 35.22 % Divorciadas 9 lo que representa 5.11 % Viudas 3 pacientes correspondientes a un 1.70 %.(Grafica 2)

La escolaridad que presentaron las pacientes fue: Primaria incompleta 45 lo que representa un 25.26 % Primaria completa 105 correspondientes a un 59.65 % Secundaria 15 pacientes representando a un 8.52 % Preparatoria 9 representando el 5.11 % Profesional 2 pacientes lo que representa un 1.13 % .(Grafica 3)

Tipo de familia que presentaron las encuestadas 154 tuvieron familia nuclear el resto fue familia compuesta. (Grafica 4)

La edad promedio de inicio de vida sexual de las pacientes encuestadas fue de 18 años aproximadamente con un promedio de 73%. (Grafica 5)

En promedio las pacientes encuestadas tenían alrededor de 3 hijos. (Grafica 6)

La ocupación de las pacientes fue de 146 fueron amas de casa correspondientes a un 82.95 % , 29 fueron empleadas no especificando área de labor representando a un 16.47 % y solo una paciente respondió ser jubilada representando a un 0.56 % .(Grafica 7)

De las pacientes encuestadas 25 tenía diagnosticado ya diabetes mellitus tipo 2 y 38 pacientes con hipertensión arterial sistémica.

Al evaluar al sistema conyugal encontramos que él 82 % de las parejas fueron funcionales , 12 % fueron moderadamente funcional y un 6%

correspondió a severamente disfuncionales. En relación a resultado de fases III se encontró a un 18 % de familias en rango medio, 78 % a familias balanceadas y un 4% a familias extremas.

Al analizar el tipo de comunicación detectado en las familias considerando su funcionalidad se encontraron diferencias entre los grupos predominando la comunicación directa en las familias balanceadas mientras que la comunicación enmascarada se observó en las familias de rango medio y la comunicación desplazada en las familias extremas .

La funcionalidad familiar de acuerdo al APGAR las pacientes presentaron 88% funcionales y resto fueron disfuncionales. (Grafica 8)

DISCUSIÓN

En nuestro estudio sobre climaterio y menopausia y disfunción familiar encontramos la edad promedio de las mujeres fue de 50- 54 años correspondiente a un 49 % lo que coincide o se relaciona con los expertos de la Red Latinoamericana de Investigación en Climaterio evaluaron a 8.000 mujeres de entre 40 y 59 años en 12 países de la región, para saber cómo es su calidad de vida durante el período en que transita de la fertilidad a la infertilidad. Según el estudio un 80.8% de las mujeres chilenas son las que señalan sufrir síntomas severos y moderados durante la menopausia, superando lejos a otras naciones de la región, que en promedio alcanzan un 55.4%. Le siguen las mujeres de Uruguay con un 67,4%; de Venezuela con el 62.7% y de Ecuador con el 60.10%, precisó el estudio. Más abajo se encuentra Panamá y República Dominicana con el 56.6% cada una; Cuba con el 55.7%; Argentina con el 53.7%; Bolivia con el 52.2% y Perú con el 51.6%. Mientras que las mujeres de México y Colombia, se distancian del promedio regional al situarse con el 49.50% y un 48.30%, respectivamente.

El método de evaluación consistió en tres dominios, el primero fue el "dominio somático", que evalúa síntomas como bochornos, sudoración excesiva, molestias cardíacas, trastornos del sueño, molestias musculares y molestias articulares. También se estudió el dominio psicológico, que analizó el estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y cansancio mental. El tracto urogenital, en tanto, estudió los problemas sexuales, problemas de vejiga y sequedad de la vagina.

El nivel de disfunción familiar moderada fue de 12 % correspondiente a 21 mujeres y para disfunción grave 6 % lo que corresponde a 11 mujeres encontrando funcionalidad familiar en 82 % con un total de 144. con esto podemos ver que el climaterio y menopausia influye sobre el bienestar familiar, aún con la mayor funcionalidad observada. También observamos que la disfunción familiar se presentó en mujeres dedicadas al hogar, lo que representó un 82.95 % del total de las pacientes encuestadas. En la mayoría de las pacientes que no presentaron disfunción familiar era amas de casa.

La escolaridad que presentaron las encuestadas fue de primaria incompleta 25.26% primaria completa 59.65% secundaria 8.52% preparatoria 5.11% profesional 1.13 % lo que nos habla de la influencia que tiene el grado de estudio para el bienestar psicosocial de las mujeres, ya que la mayoría de las encuestadas se dedicaban al hogar siendo un total de 146 mujeres , lo que nos habla del rol que desempeña la mujer en la sociedad como madre, formadora de hijos, pareja, cuidadora de adultos mayores o enfermos, al presentarse el climaterio y la menopausia muchas mujeres sienten que han perdido una de las capacidades que poseen que es la de procrear}, sintiendo que tiene menos valor lo que hace que disminuya su autoestima encaminándolas a ser más susceptibles ante los cambios que su organismo está teniendo y con ello se presenta alteración en el papel de mujer como formadoras de hogares. Se encontró asociación entre la ocupación y disfunción familiar.

CONCLUSION

En este estudio donde se encuestaron a 176 mujeres se observó que las pacientes encuestadas presentaban trastornos típicos de climaterio y menopausia como son los bochornos, sudoraciones nocturnas, alteración en el tracto genitourinario como lo son resequedad vaginal, dispareunia, pérdida de la libido, así como datos de incontinencia urinaria, a nivel somático algunas presentaron insomnio, cansancio, fatiga, cefalea, y a nivel psicológico se presentaron datos de alteración del estado del ánimo como son depresión y tristeza, entre otros.

En las pacientes encuestadas las acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima va dirigido a tratar las expresiones de amor, brindar ánimos, hacer compañía, crear confianza, escuchar, expresar preocupaciones así como dar afecto y consolar, llegándose a la conclusión que brindándose este apoyo familiar tendrán mejor estado de ánimo y con ello le proporcionara una mejor calidad de vida. Por lo tanto se encuentra que en la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como un individuo. En cambio las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta por lo que las demandas de cambio les generan estrés, descompensación y síntomas.

Se encontró disfunción familiar en 32 mujeres lo que representa a un 18 %, de lo cual el 6% fue disfunción grave o severa y el 12 % disfunción moderada, el 82 % restante se clasificaron como familias funcionales. El nivel de estudio de las pacientes encuestadas en la mayoría fue el nivel de primaria completa con 59.65 % por lo que hubo asociación para el desarrollo de disfunción familiar con el grado de nivel de estudio y la ocupación.

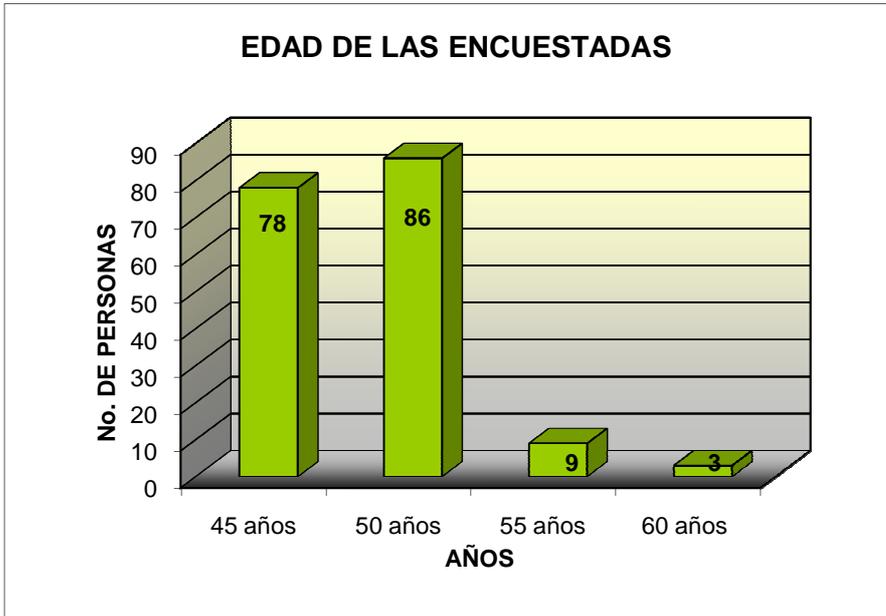
SUGERENCIAS

Se sugiere proporcionar el fomento a la salud desde un punto de vista anticipatorio en él se eduque y prepare a las pacientes para la etapa de climaterio y menopausia ya que las pacientes tienen poca o nula información sobre los cambios fisiológicos normales del proceso de envejecimiento .

Fomentando con ello la comunicación familiar y conyugal para tener mejor bienestar y mayor calidad de vida.

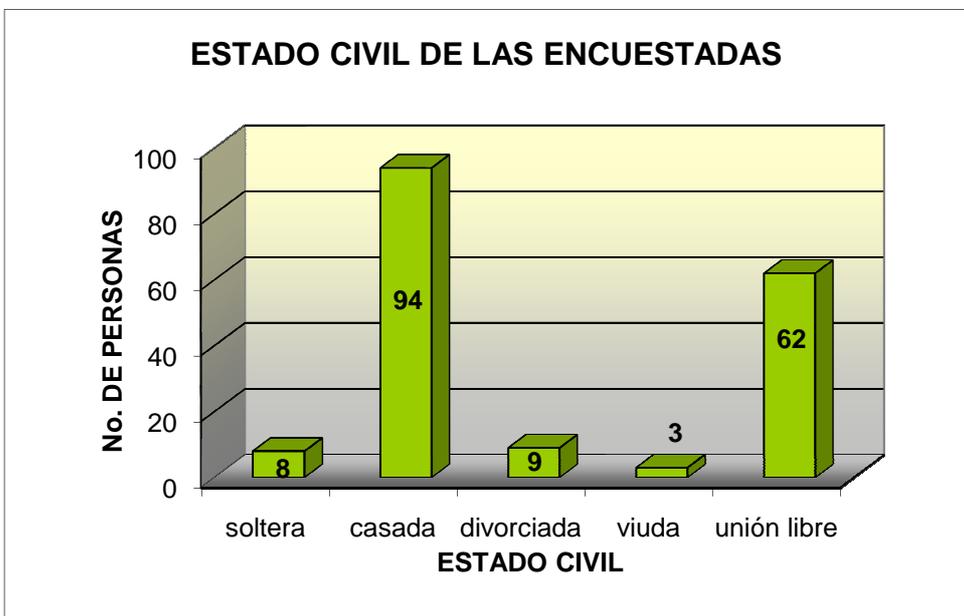
ANEXOS

GRAFICA 1



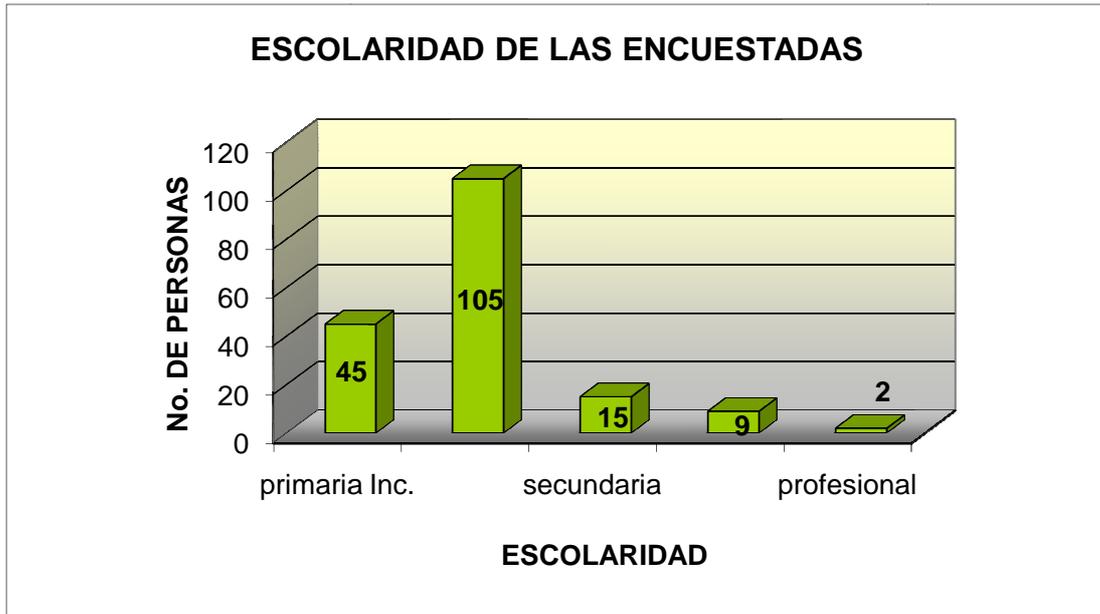
FUENTE : Encuestas.

GRAFICA 2



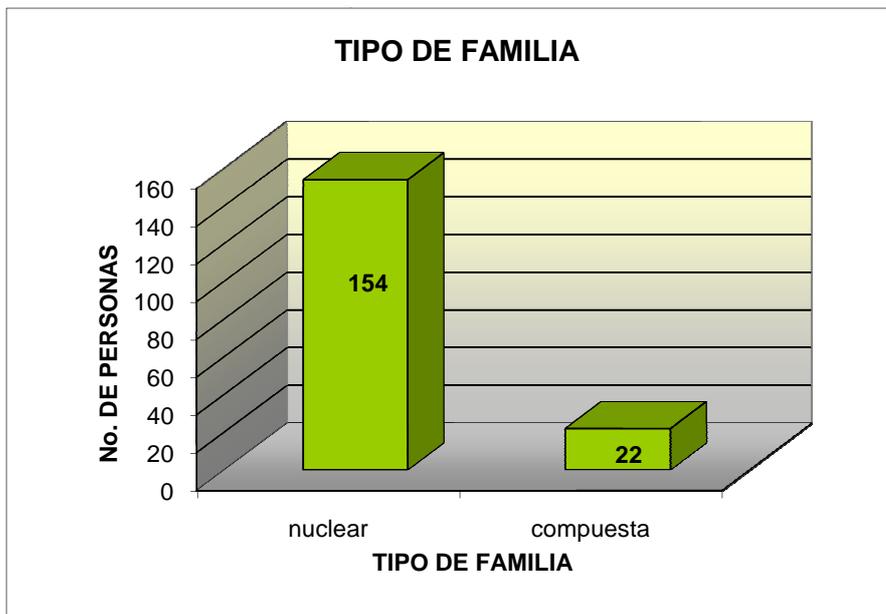
FUENTE : Encuestas.

GRAFICA 3



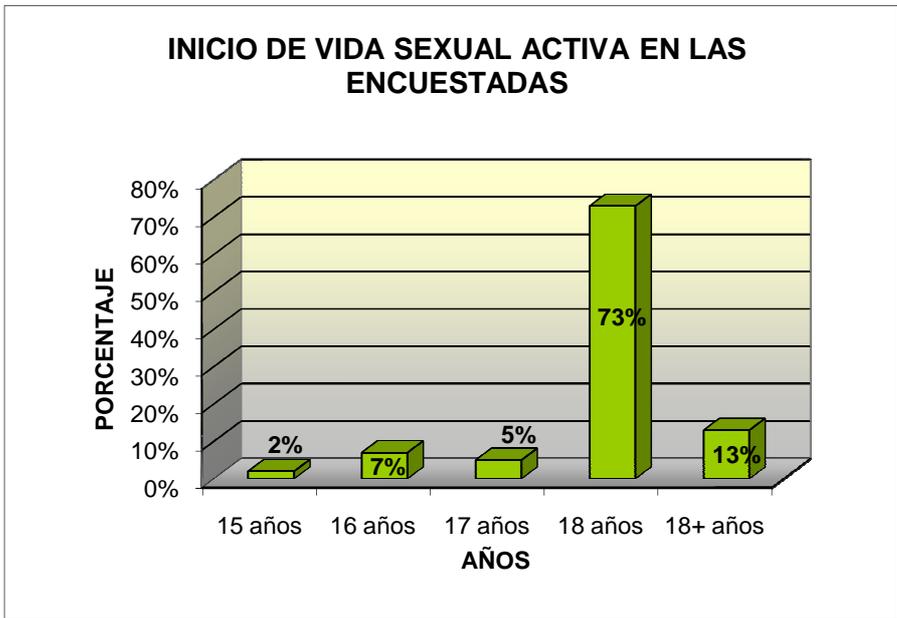
FUENTE: Encuestas.

GRAFICA 4



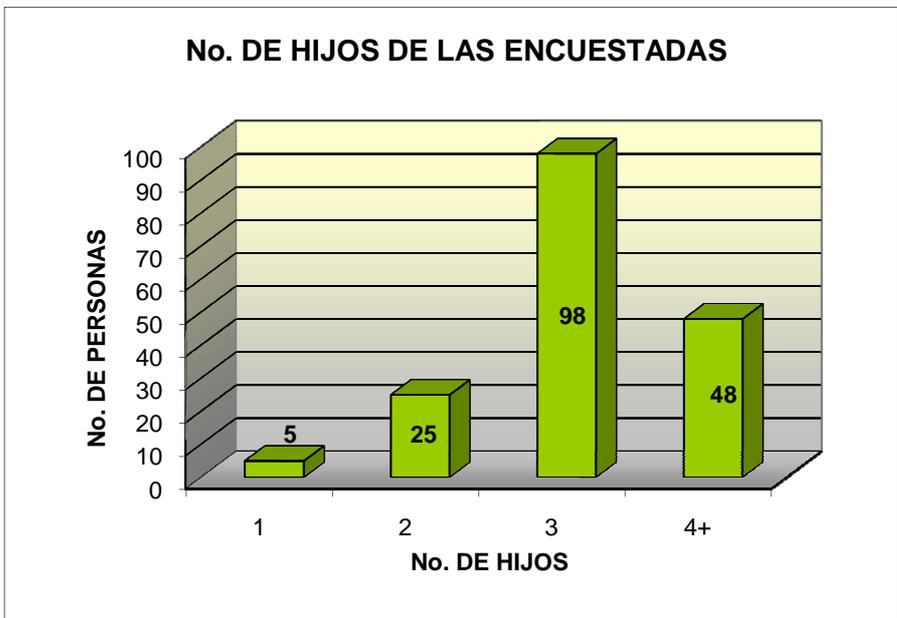
FUENTE: Encuestas.

GRAFICA 5



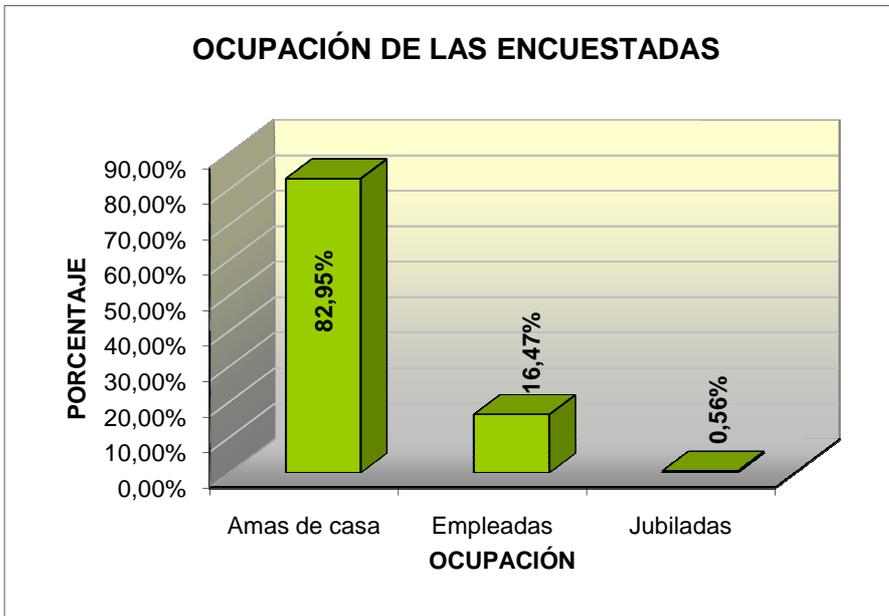
FUENTE: Encuestas.

GRAFICA 6



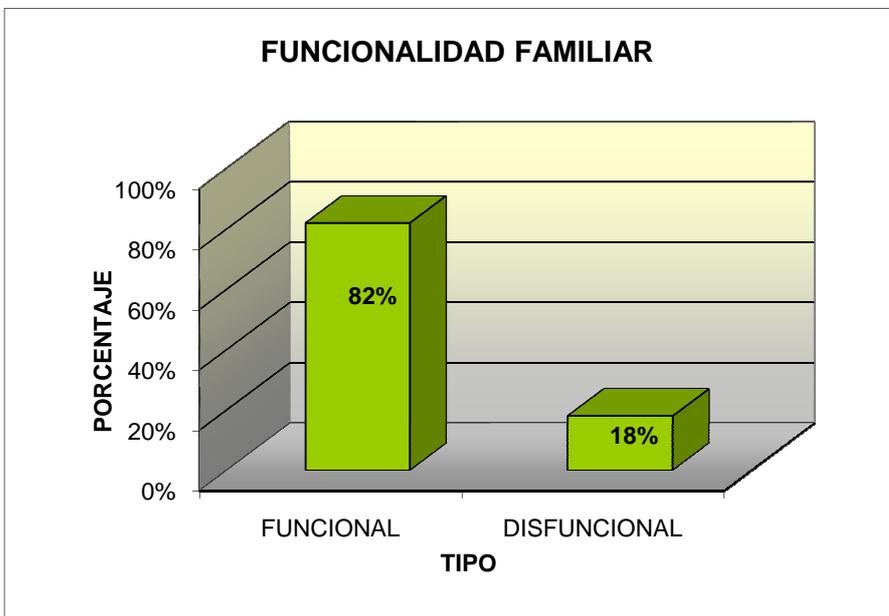
FUENTE: Encuestas.

GRAFICA 7



FUENTE: Encuestas.

GRAFICA 8



FUENTE: Encuestas.

FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN MUJERES CON CLIMATERIO
Y MENOPAUSIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 10,
VILLA ANGEL FLORES LA PALMA, NAVOLATO, SINALOA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2008			2009												2010												2011		
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENERO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	
BUSQUEDA DE LITERATURA	X	X																												
ELABORACION DE PROTOCOLO		X	X	x																										
ENVIAR A COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DELEGACIONAL						x																								
RECOLECCION DE DATOS									X	X	X	X	X	X	X	x	x	x	x	x										
ANALISIS DE DATOS																					X	x	x							
ELABORACION DE INFORME FINAL																								X	X					
PRESENTACION DE UNAM																										X				

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LAS PACIENTES CON CLIMATERIO Y MENOPAUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 10 VILLA ANGEL FLORES LA PALMA, NAVOLATO, SINALOA

No. De encuesta_____

1.-No. de afiliación: _____

2.-Nombre: _____

3.- Edad: _____

5.- Domicilio:

6.-ocupación: _____

7.-Diagnostico: 1) Climaterio 2) Menopausia

8.-Estado Civil: 1) soltera 2) Casada 3) Divorciada o separada

4) Viuda

5) Unión libre

9.-Tipo de familia: 1) Nuclear 2) Compuesta

10.-Escolaridad: 1) Primaria incompleta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato

5) Profesional

11.-Número de hijos: _____

12.-Edad de inicio de relaciones sexuales: _____ años.

13.-Presion arterial: _____mmHg.

14.-Talla: _____m. 15.-Peso: _____Kg. 16.-IMC:
_____Kg/m³.

17.-Padece alguna de estas enfermedades:

-Diabetes Mellitus: Si_____ No_____

-Hipertensión Arterial: Si_____ No_____

CUESTIONARIO DE APGAR PARA MEDIR FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					
Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as)					
¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE DISFUNCION
DEL SUBSISTEMA CONYUGAL DE CHAVEZ- VELAZCO

1. FUNCION DE COMUNICACION

A) CUANDO QUIERE COMUNICAR ALGO A SU PAREJA SE LO DICE DIRECTAMENTE

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

B) LA PAREJA EXPRESA CLARAMENTE LOS MENSAJES QUE INTERCAMBIA.

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

C) EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y ANALOGICA

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

2. FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES

A) LA PAREJA CUMPLE LOS ROLES QUE MUTUAMENTE SE ADJUDICAN

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

B) SON SATISFACTORIOS LOS ROLES QUE ASUME LA PAREJA

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

C) SE PROPICIA EL INTERCAMBIO DE ROL ENTRE LA PAREJA

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

3. FUNCION DE SATISFACION SEXUAL

A) ES SATISFACTORIA LA FRECUENCIA CON QUE TIENE RELACIONES SEXUALES

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

B) ES SATISFACTORIA LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

4. FUNCION DE AFECTO

A) EXISTEN MANIFESTACIONES FISICAS DE AFECTO EN LA PAREJA

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

B) EL TIEMPO QUE SE DEDICA LA PAREJA ES GRATIFICANTE

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

C) SE INTERESAN POR EL DESARROLLO Y SUPERACION DE LA PAREJA

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

D) PERCIBEN QUE SON QUERIDOS POR SU PAREJA

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

5) FUNCION DE DECISIONES

A) LAS DECISIONES IMPORTANTES PARA LA PAREJA SE TOMAN
CONJUNTAMENTE.

- 1) NUNCA 2) OCACIONALMENTE 3) SIEMPRE

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 10, VILLA ANGEL FLORES LA
PALMA, NAVOLATO, SINALOA.

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Por medio de la presente carta DECLARO que he sido informado por la DRA. ANGELICA VALDEZ GONZALEZ, residente de Medicina Familiar, sobre el propósito del protocolo de estudio FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON CLIMATERIO Y MENOPAUSIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 10, VILLA ANGEL FLORES LA PALMA, NAVOLATO, SINALOA, donde se respetara el anonimato de mi persona como de mi familia y que toda información que genere será para beneficio en que los resultados derivados de la presente investigación nos servirán para intentar mejorar la calidad en la atención que otorgamos a nuestros pacientes.

Entendiendo con lenguaje claro y conciso el propósito del protocolo ACEPTO con toda libertad y pleno juicio de mis facultades mentales el participar en este proyecto.

Firma o huella digital del paciente

Firma Testigo

Lugar y Fecha: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1).-Sexual Function health council. Consensus conference on female sexual disfunction, 1998.
- 2).-Bauer DC, Browner WS, Cauley JA, et al. Factors associated to bone mass in advanced age women limbs. Ann. Intern. Med. 1993; 118: 657-665.
- 3).-Bear RJ. Genital organs in the menopause. En: van Keep PA et al. "Consensus on Menopause Research". University Park Press, Baltimore, 1976.
- 4). - Ben- David M and L Hermie M: Prolactin and menopause. En: van Keep PA, et al. "Consensus on Menopause Research". University Park Press, Baltimore, 1976.
- 5). - Charlton Lewis, Delfina. Climaterio y menopausia, una mirada de género. Revista de Ciencias Sociales Publicación Date: 01-SEP-03.
- 6).-Manuel Parra A. Climaterio y menopausia, Rev. Med. Ginecología y obstetricia de la universidad de Chile 2004, 1:103-109.
- 7).-Hernández A, Santana F. Síndrome climatérico. Aspectos clínicos Revisión bibliográfica. Rev. Cubana Endocrino1989; 1:89-97.
- 8).-Sayegh, F. C., Saraví, F. D., Cabrera, R. Termorregulación y sofocos menopáusicos. Rev. Med. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. 2005; 1:35-39.
- 9).- Antonio Domínguez et al. Climaterio y Menopausia, Rev.Med Hospital General de las Fuerzas Armadas del Ecuador. 2008, 3:53-56.
- 10).- Jesús María Garza Cantú - Embarazos, Partos, Ginecología y Obstetricia, Microcirugía, Laparoscopía Laser, Cirugía para incontinencia de esfuerzo.
- 11).-Blumel, L. E.: Menopausia. Orientaciones diagnósticas y terapéuticas. Santiago de Chile 1995.
- 12).- Silvia María Pozo Abreu. Síndrome climatérico en la comunidad, Rev. Med. Universidad de los andes, 2006; 2:32-37
- 13).-Jorge R. Gori; Antonio Larusso y cols. Ginecología de Gori 2001 (95-111)
- 14).-Víctor M Valdespino Gómez. Ginecol Obstet Mex, 2003; 72: 29-38.
- 15).-Navarro Despaigne D, Duany Navarro A, Pérez Xiqués T, Oduardo Pérez A, Méndez Pelegrín ME. Características clínicas y sociales de la mujer en etapa climatérica. Rev. Cubana Endocrinol 1996; 7(1):10.
- 16).-Rigol, RO. Obstetricia y ginecología. ECIMED, La Habana, 2000: 56-63

- 17).- Arias-Lilian, Herrera-Julian A. Apgar familiar en el cuidado primario a la salud. Colombia-Medica 1994; 8:25-26.
- 18).-Huerta-González José Luís. Estudio de la salud familiar, en programa de actualización continúa en medicina familiar. D.F., México. Intersistemas editorial; 1999, 56-58.
- 19).-Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA, COENSIDA, 2003-2004.
- 20).-Rodríguez Moran M, Gerrero J.F. Importance of family support in the control of glicemia. Salud Pública Méx. 1997; 39:4
- 21).- De la Revilla L. Conceptos, instrucciones e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: DOYMA;
- 22).-Garito LL, Rueda A. Curso de educadores en diabetes. USA: Unidad de diabetes de los laboratorios Lilly. S.A; 1999.
- 23).-Araúz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosillo M, Gosman S. Intervención educativa Comunitaria sobre la diabetes, en el ámbito de la atención primaria. Rev. Panam Salud Púb 2001; 9(3):30-4.
- 24).- Secretaría de Salud. Morbilidad 1984-2002 en México. Versión en CD.
- 25).- Secretaría de Salud. Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud 2000. Salud Pública Méx 2001; 43:494-510.
- 26).-Junta de Andalucía. Guía de atención a la salud del anciano. Andalucía: Consejería de salud; 1997.
- 27).-Karlsson J.A. Psychosocial aspect of diseases duration and control in young adults with type I diabetes Clin Epidemiol 1988;41(5):435-40.2000
- 28).-Santacruz-Varela J. La familia como unidad de análisis. Rev. Mes IMSS 1983; 21(4):348-357.
- 29).-Sauceda-García JM, Foncerrada-MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. Med IMSS 1981; 19(2):155-163.
- 30).- Saucedo-García JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev. Med IMSS 1991; 29(1):61-68.
- 31).- Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. Salud Pública Mex 1997; 39(1):44-47.

- 32).-Chávez AV, Velazco OA. Disfunción familiar del subsistema conyugal. Rev. Méd. IMSS (Méx.). 1994; 32: 39-43.
- 33).-García-Campayo J, Sanz CC, Arévalo ME. Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria. Aten Primaria. 1998; 21(8):545-551.
- 34).-Gorjón CS. La función integradora de la pareja. Psiquiatría. 1995; 2(1):15-19.
- 35).- Velazco OR. Chávez AV. La disfunción familiar un reto diagnóstico-terapéutico. Rev. Med. IMSS (Méx.). 1994; 32:271-275.
- 36).- Díaz MJ. Prevención de conflictos de pareja. México; Olla; 1998:27-70.
- 37).-Martínez, Navarro F. Salud Pública. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1998.
- 38).- Mejía, Gómez Diego; Molina de Uriza Jackeline. Sistema de educación continúa. Salud Familiar. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá, Octubre de 1990.
- 39).-Mejía, Gómez Diego; Salud Familiar para América Latina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá. 1991.
- 40).- Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
- 41).- Real-Ruiz Claudia, Aguayo-Godínez Arnoldo, Santana Dolores. Impacto de la calidad de vida y dinámica familiar del cuidador del paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Tesis de especialidad medicina familiar 2004.
- 42).- Méndez-López Dulce María, Gómez-López Víctor Manuel. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista médica IMSS 2004; 42:281-284.
- 43).- Rizo-Curiel Genoveva, Orozco-Mares Imelda. Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. Investigación en salud 2002 2:23-32.
- 44).-De La Revilla I. disfunción familiar. Atención primaria 1992; 10: 582-583.
- 45).- De La Revilla I. porque es necesaria la atención familiar. En concepto e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona, España. Editorial Doyma. 1994. 6-21.

46).- Huerta-González José Luis Fartan-Salazar. Estudio de la salud familiar.
Programa de actualización continúa en medicina familiar. D.F.