



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

---



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28**  
**“GABRIEL MANCERA”**

**“APOYO A LA PAREJA EN MUJERES CON SÍNDROME  
CLIMATÉRICO QUE UTILIZAN TERAPIA DE REEMPLAZO  
HORMONAL: ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES DE LA  
UMF No 28”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. BRISA EDITH MORALES SÁNCHEZ**

**DIRECTOR**

**DR. EFREN RAÚL PONCE ROSAS**

**ASESORA**

**DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA**

**REGISTRO: R-2013-3609-51**

**Febrero de 2014**



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.

**“APOYO A LA PAREJA EN MUJERES CON SÍNDROME CLIMATÉRICO QUE  
UTILIZAN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL: ESTUDIO COMPARATIVO EN  
PACIENTES DE LA UMF No 28”**

**Dra. Brisa Edith Morales Sánchez**

**AUTORIZACIONES**



Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas  
Médico Familiar, Profesor Titular “A”  
Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, UNAM  
Director de Tesis

Dra. Ivonne Analí Roy García  
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No 28 IMSS

**“APOYO A LA PAREJA EN MUJERES CON SINDROME CLIMATÉRICO QUE  
UTILIZAN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL: ESTUDIO COMPARATIVO EN  
PACIENTES DE LA UMF No 28”**

**Dra. Brisa Edith Morales Sánchez**

**Autoridades de la U.M.F. No 28  
IMSS**

Dra. Lydia Cristina Barrios Domínguez  
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No 28 IMSS

Dra. L. Gabriela Navarro Susano  
Médico Familiar.  
Coord. Clínica de Educación e Investigación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar No 28 IMSS


**“APOYO A LA PAREJA EN MUJERES CON SINDROME CLIMATÉRICO QUE  
UTILIZAN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL: ESTUDIO COMPARATIVO EN  
PACIENTES DE LA UMF No 28”**

**Dra. Brisa Edith Morales Sánchez**

**Autoridades de la Subdivisión de Medicina Familiar  
Universidad Nacional Autónoma de México**



Dr. Francisco Javier F. Gómez Clavelina  
Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina. UNAM



Dr. Felipe de Jesús García Pedroza  
Coordinador de Investigación  
Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina. UNAM



Dr. Isaías Hernández Torres  
Coordinador de Docencia  
Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina, UNAM



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609  
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 26/09/2013

**DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA**

**P R E S E N T E**

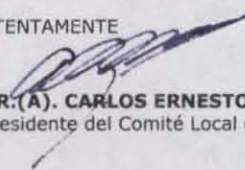
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"APOYO A LA PAREJA EN MUJERES CON SÍNDROME CLIMATÉRICO QUE UTILIZAN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL: ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES DE LA UMF No 28"**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3609-51

ATENTAMENTE

  
**DR. (A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas, le agradezco por compartir sus conocimientos conmigo para poder lograr el desarrollo de éste trabajo, ya que sin usted no hubiera sido posible. Gracias por apoyarme, por creer en mí, por dejarme conocer el gran médico y sobre todo ser humano que es usted, gracias por ser aún más que mi director de tesis, mi gran amigo.

A las asistentes medicas participantes, Carmen Hurtado Hernández, Tania Ramírez Galindo, Ma. Teresa Manzano Hernández y el resto de mis compañeras asistentes, por tomar parte de su valioso tiempo y dedicarlo a éste estudio, fundamental participación, muchas gracias.

## **DEDICATORIA**

A Dios, por acompañarme, en todo mi camino, día y noche, por bendecir mis sentidos, para poder llevar a cabo una carrera tan maravillosa, como lo es la Medicina Familiar. Por iluminarme y nunca abandonarme hasta en los momentos más difíciles, gracias.

A mi esposo, Juan Manuel, por ser mi compañero de vida y apoyarme en cada momento, por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo necesité. Por el esfuerzo que empeñaste en la especialidad, porque también es tuya. Y sobre todo por creer en mí, sin ti no lo hubiera logrado, te amo.

A mi mamá y papá, gracias por darme la vida, por ser mis padres queridos, por su infinito amor, apoyo, ternura, paciencia, por sus desvelos y dedicación que me tuvieron en cada fase de mi vida y por darme el privilegio del estudio. Gracias por enseñarme que todo se puede en esta vida, con esfuerzo y dedicación, por brindarme ese gran ejemplo que ustedes fueron para mí, unos padres admirables, los quiero mucho. Toda mi carrera, la especialidad y ahora esta tesis, ha sido fruto de sus esfuerzos, gracias por confiar en mí.

A mi hermana, por ser mi amiga, mi compañera, por crecer junto a mí, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre.

A mis amigas, por ser algo más que compañeras de residencia, por atreverse a vivir esta aventura juntas, por esos momentos de tristeza, frustración y felicidad, que solamente al vivirla junto a ustedes, todo fue más ligero, gracias amigas.

A toda mi familia, por estar a lo largo de estos años junto a mí, y apoyarme siempre.



## RESUMEN

### “APOYO A LA PAREJA EN MUJERES CON SÍNDROME CLIMATÉRICO QUE UTILIZAN TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL: ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES DE LA UMF No 28”

**INTRODUCCIÓN:** El climaterio es el proceso de envejecimiento, durante el cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Se ha considerado desde una enfermedad y un signo de decadencia, hasta una etapa de liberación en la que finaliza la etapa fértil. En México, la menopausia sucede, en promedio, a los 47.6 años; la esperanza de vida en el 2005 fue de 79 años para la mujer y en el 2010 de 80 años. Se considera de gran importancia para la calidad de vida de una mujer, coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, suceden cambios emocionales, sociales, psicológicos y no solo biológicos, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia. Al tener una relación de pareja estable, es de vital relevancia el estudio del apoyo que da la pareja a éstas mujeres, por ser el pilar más importante para el núcleo familiar, debido a la múltiple sintomatología que puede presentar, por lo cual deberá de tener un manejo integral y ser orientada con respecto a sus opciones de tratamiento durante este periodo.

**OBJETIVO:** Determinar el tipo de apoyo a la paciente climatérica por parte de la pareja, en relación a la administración o no de la Terapia de Reemplazo Hormonal, en mujeres con síndrome climatérico de la U.M.F. No 28

**DISEÑO:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y comparativo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron a mujeres de 48-59 años de edad con Síndrome Climatérico de la U.M.F. No 28 en el periodo comprendido de Enero-Febrero 2013. La muestra fue de 110 mujeres, no aleatoria. Las variables estudiadas incluyeron Tipo de apoyo a la pareja y Terapia de Reemplazo Hormonal. Instrumento: Inventario de Apoyo a la Pareja.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome climatérico, apoyo a la pareja, terapia de reemplazo hormonal, inventario de apoyo a la pareja.

## ABSTRACT

### “SUPPORTING PARTNER IN CLIMATERIC SYNDROME WOMEN USING HORMONAL REPLACEMENT THERAPY: COMPARATIVE RESEARCH IN UMF NO. 28 PATIENTS”

**INTRODUCTION:** The climacteric is the aging process where a woman goes from the reproductive to the no reproductive stage. It has been considered from a sickness and a sign of decadence to a freedom stage where the fertile stage ends. In Mexico menopause happens in average at 47.6 years old; the life expectancy in 2005 was 79 for women and in 2010 it was 80 years old. This study is considered of huge importance for women quality life, it agrees with situations like: crisis within the family, several changes happen suddenly just like emotional, social, psychological, and not just biological only, all of them put in risk the stability and the balance achieved by the family. As women from the study are in a relationship, the study of support by the partner of those women become very relevant, because is the main pillar for the nucleus of the family, since a multiple symptomatology could be presented that's why an integral management and the correct orientation of the options for treatment would be required at long of this period.

**OBJECTIVE:** Determining what kind of support the climacteric patient receives by her partner in relation with the administration or not of the Hormonal Replacement Therapy in women with climacteric syndrome from the U.M.F. No. 28

**DESING:** Study design is prospective, transversal, descriptive, observational and comparative.

**MATERIAL AND METHODS:** Women between 48 to 59 years old with the climacteric syndrome from the U.M.F. No. 28 will be included during the period from January to February in 2013. The sample size was 110 women, not randomly. Variables included for the research were Types of support from the partner and Hormonal Replacement Therapy. Instrument: Support to the partner Inventory.

**KEY WORDS:** Climacteric syndrome, Partner support, Hormonal Replacement Therapy, Support to the partner inventory.

# ÍNDICE

## 1. Marco Teórico

1.1	Antecedentes del tema y del problema	1
1.2	Planteamiento del problema	39
1.3	Justificación	40
1.4	Objetivos: general y específicos	42

## 2. Material y métodos

2.1	Tipo de estudio	43
2.2	Diseño de investigación del estudio	43
2.3	Población, lugar y tiempo (ubicación temporal y espacial)	44
2.4	Muestra	44
2.5	Criterios de selección	44
2.6	Variables (tipo y escala de medición)	44
2.7	Definición conceptual y operativa de las variables	46
2.8	Diseño estadístico	49
2.9	Instrumentos de recolección de datos	50
2.10	Método de recolección de los datos	50
2.11	Maniobras para evitar o controlar sesgos	51

<b>2.12</b>	<b>Prueba piloto</b>	<b>52</b>
<b>2.13</b>	<b>Procedimientos estadísticos</b>	<b>52</b>
<b>2.13.1</b>	<b>Plan de codificación de los datos</b>	<b>52</b>
<b>2.13.2</b>	<b>Diseño y construcción de la base de datos</b>	<b>52</b>
<b>2.13.3</b>	<b>Análisis estadístico de los datos</b>	<b>58</b>
<b>2.14</b>	<b>Cronograma</b>	<b>58</b>
<b>2.15</b>	<b>Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio</b>	<b>58</b>
<b>2.16</b>	<b>Consideraciones éticas</b>	<b>59</b>
<b>3.</b>	<b>Resultados</b>	<b>60</b>
<b>4.</b>	<b>Discusión</b>	<b>69</b>
<b>4.1</b>	<b>Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar.</b>	<b>71</b>
<b>5.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>72</b>
<b>6.</b>	<b>Anexos</b>	<b>74</b>
<b>1</b>	<b>Modificaciones indicadas por SIRELCIS</b>	<b>75</b>
<b>2</b>	<b>Inventario de apoyo a la pareja</b>	<b>76</b>
<b>3</b>	<b>Variables (Tipo y escala de medición)</b>	<b>78</b>

<b>4</b>	<b>Instrumento de aplicación</b>	<b>84</b>
<b>5</b>	<b>Cronograma</b>	<b>89</b>
<b>6</b>	<b>Carta de consentimiento informado</b>	<b>91</b>
<b>7</b>	<b>Referencias</b>	<b>92</b>

# **1. Marco Teórico**

## **1.1 Antecedentes del tema y del problema**

### **1.1.2 Introducción**

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

La menopausia se debe a la declinación gradual de la función ovárica, implica un cambio en la vida de la mujer, una fase de su desarrollo en que se producen no solo cambios fisiológicos sino también psicológicos y sociales, encaminados a adaptarse a lo que será su última etapa vital. Es difícil predecir hasta que punto, el déficit estrogénico afectará su estado emocional, su sistema familiar, subsistema conyugal y su relación con la sociedad. Son muchos los factores sociales y psicológicos que inciden en esta etapa y que influyen en la aparición de sintomatología climatérica.

El entorno familiar y sobre todo el subsistema conyugal también influye en forma muy importante, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas al climaterio.

### **1.1.2 Antecedentes históricos del tema (menopausia)**

A través de la historia han variado ampliamente las actitudes y creencias respecto a la menopausia; se ha considerado desde una enfermedad y un signo de decadencia en el siglo XIX, hasta una etapa de liberación en la que finaliza la etapa fértil de la mujer. Actualmente, la mayoría de las mujeres percibe la menopausia como una sensación de alivio y sentimientos neutros, o como una etapa de cambios positivos<sup>1</sup>.

La presencia de la mujer ha estado en todos los momentos de la historia, y la importancia del medio social en el cual se ha desenvuelto también ha sido señalado. Ya desde épocas remotas se han conocido de los cambios que padecen las mujeres durante la etapa del

climaterio y estas alteraciones se relacionaron con la desaparición de la función menstrual. Las primeras menciones sobre la mujer en la posmenopausia, se hallan en los papiros egipcios, en los que se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres *blancas*, en contraposición a las *rojas* que eran las que menstruaban.

*Hipócrates* menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones, así como *Aristóteles*, en el año 322 a.n.e., describió en su *Historia Animalium* que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. El *Corpus Hippocraticum* se refiere en forma ambigua, en el tratado sobre la naturaleza de la mujer, a un cuadro de amenorrea que tanto podría corresponder al climaterio, como a una amenorrea instalada durante la etapa fértil. *Aecio de Amida* (siglo VI a.n.e.) refiere que la menstruación cesa nunca antes de los 35 años y hacia los 50 años. Es decir, que ya desde la antigüedad hay coincidencia en estos tres autores en cuanto a la fecha del cese de la menstruación<sup>1</sup>.

Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia, fueron escasas y esporádicas. Se menciona en general a los ancianos, que en realidad no superaban los 40 años. Las sociedades feudales, destacaron una noción desfavorable de la mujer menopáusica. Por ejemplo, las indemnizaciones por la muerte de una mujer embarazada podían llegar a ser mayor o igual a la de un soldado, pero si esta era posmenopáusica, la suma disminuía hasta hacerse casi nula. En el siglo XVI, la influencia de las pestes, los períodos de sequía y las guerras, favorecieron el desarrollo del concepto de una menopausia relacionada con lo maléfico<sup>1</sup>.

A partir del siglo XIV la mujer posmenopáusica pasó a ser considerada, la imagen de lo marchito, y la decrepitud relacionada con ella fue quedando atrás. La poesía francesa fue despiadada en la descripción de los cambios corporales de la mujer, sobre todo, con los órganos relacionados con la procreación. Así lo hicieron en el siglo XIV, *Jean Le Fevre*, en su retrato de «La bella de antaño» y en el siglo XV *Deschamps* en el "Lamento de una vieja sobre asuntos de la juventud". En 1460, *Francois Villon*, realizó una comparación lacerante entre la *belle Heaumiere* de "otrotra" y la menopáusica de "ahora"<sup>1</sup>.

A mediados del siglo XVIII las publicaciones científicas solo se referían a la menopausia por las hemorragias e irregularidades menstruales que ocurrían. A comienzos del siglo XIX el enfoque comienza a cambiar, y ya comienzan a destacarse los otros síntomas que la acompañan, como el cambio de temperamento y los síntomas psicológicos. *Colombat de*

*L'Isere* en el siglo XIX, al referirse a la mujer menopáusica decía: "Se parece a una reina destronada o más bien a una diosa cuyos adoradores ya no frecuentan el templo, solo puede atraerlos por la gracia de su ingenio y la fuerza de su talento".

Todavía en el pasado siglo XX, un autor de gran prestigio universal, como fue *Sigmund Freud* dijo acerca de las mujeres en esta etapa: "Son pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas".

Cada país, cada cultura, tiene su visión sobre esta etapa. Ya en época tan cercana como el año 1964, se decía que la menopausia era un fantasma que no adquiría carta de ciudadanía más que por la obra creadora de la imaginación y el miedo. *Don Gregorio Marañón* la denominaba "la edad crítica"<sup>1</sup>.

En 1932 se reconoce el uso de estrógenos sin oposición de progesterona como tratamiento de los síntomas menopáusicos, aunque su prescripción data desde 1960. En 1975 Ziel y Finkle reportan el aumento de carcinoma de endometrio en usuarias de estrógenos conjugados, que se incrementa con la duración de la exposición, lo que motiva desde 1981 el uso de progestágenos como protección endometrial. Hace 17 años se inicia el tratamiento continuo de estrógenos y progesterona, pues el cumplimiento hacia la terapia hormonal oral cíclica no era el adecuado.

Desde 1992 varias asociaciones médicas señalan lineamientos que prescriben terapia de reemplazo hormonal para mujeres con riesgo de enfermedad cardíaca y osteoporosis, con base en estudios observacionales y experiencia clínica. Las investigaciones mostraban que las mujeres que tomaban estrógenos o estrógenos y progesterona, tenían una disminución del riesgo de enfermedad cardíaca de un 35% a un 50%. Grimes y Lobo refieren que estas pacientes muestran el sesgo de la selección: mejor nutrición, más ejercicio, menor fumado y mejor perfil de salud<sup>1</sup>.

### **1.1.3 Definición**

El Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, denomina menopausia a la interrupción definitiva de las menstruaciones, resultante de la pérdida de la actividad folicular del ovario. La posmenopausia es la etapa que sigue luego de la menopausia y abarca un periodo de diez años de duración<sup>2</sup>.



La menopausia, siendo el cese permanente de la menstruación, se ha considerado como un diagnóstico retrospectivo, cuando ha transcurrido un año desde la última menstruación y sin haber existido ningún sangrado menstrual. Suele producirse por término medio a los 50 años y está ligado al número de ovocitos del ovario<sup>3</sup>.

El Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, refiere en la Guía de Práctica Clínica “Estudio del Climaterio y Menopausia”, que los estudios muestran que las diferentes actitudes y creencias a este respecto se explican por la combinación de factores personales y culturales. En nuestro medio también se han observado actitudes similares<sup>2</sup>.

#### 1.1.4 Clasificación

- **Climaterio:** Etapa en la vida de la mujer asociada con disminución fisiológica de las funciones ováricas (gametogénicas y esteroideogénicas); se acompaña de manifestaciones clínicas y paraclínicas, se mantiene en un rango entre los 35 a los 65 años de edad.
- **Síndrome climatérico:** conjunto de síntomas y signos que anteceden y siguen a la menopausia, como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica.
- **Menopausia natural (espontánea):** último periodo menstrual que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica en retrospectiva, cuando han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea<sup>2</sup>.
- **Menopausia inducida:** cese de la menstruación debido a la pérdida de la función ovárica no fisiológica por extirpación quirúrgica de ambos ovarios, por quimioterapia o radiación, pero no por histerectomía. La mujer histerectomizada que conserva los ovarios entra en amenorrea secundaria y definitiva, pero no entra al climaterio, sino hasta el cese de la función ovárica.
- **Menopausia prematura o insuficiencia ovárica prematura:** situación en que la menopausia ocurre antes de los 40 años de edad como criterio práctico<sup>2</sup>.

- **Perimenopausia:** periodo 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.
- **Posmenopausia:** etapa iniciada a partir del último periodo menstrual, ya sea por menopausia inducida o natural.
- **Premenopausia:** periodo comprendido por los dos últimos años previos a la menopausia<sup>2</sup>.
- **Diferencias entre menopausia y Climatérico:** Menopausia es el momento en que cesa la menstruación de manera definitiva. Representa el fin de la etapa fértil de la mujer y queda englobado dentro de la perimenopausia. El climatérico es un periodo amplio en la vida de la mujer en el que se produce el paso progresivo del estado reproductivo o periodo fértil de la vida al no reproductivo como consecuencia del agotamiento folicular. La palabra climatérico proviene del griego y significa “escalera”<sup>3</sup>.

### 1.1.5 Factores de riesgo

Distintos autores han coincidido que existen una gran cantidad de factores relacionados con la aparición de sintomatología en el climaterio entre los que destacan: la velocidad con que decrece la producción de estrógenos, así por ejemplo en las mujeres con ooforectomía bilateral la sintomatología generalmente es más intensa, factores psicológicos como el tipo de personalidad en la mujer, el estado de la autoestima, actitud frente al climaterio, depresión, alteraciones en la dinámica familiar y conyugal, entre otros factores y patrones socioculturales<sup>2</sup>.

Se han identificado diferentes factores de riesgo para síntomas climatéricos<sup>1</sup>, los cuales se enumeran a continuación<sup>2</sup>:

Tabla 1. Factores de Riesgo para Síntomas Climatéricos.

Nivel sociocultural	Población urbana	Ingreso económico alto
Escolaridad alta	Ambientales	Altitud mayor a 2,400 m sobre el nivel del mar (no comprobado)
Vivir en zonas cálidas (de altas temperaturas)	Estilo de vida sedentaria	Alimentación excesiva en calorías, con predominio de grasas y proteínas de origen animal
Tabaquismo	Constitución corporal	Índice de masa corporal bajo (menor de 18)
Índice de masa corporal alto (mayor de 30)	Factores psicológicos	Historia de alteraciones de conducta
Historia de síndrome de ansiedad-depresión	Factores ginecológicos	Antecedente de oligomenorrea
Menarquía tardía	Atrofia vaginal	Antecedente de cirugía ovárica
Acentuación del síndrome premenstrual en mujeres mayores de 35 años	Alteraciones urogenitales	Antecedente familiar de síndrome climatérico
Antecedente de quimioterapia o radioterapia	Consumo de medicamentos que afectan la función ovárica.	Enfermedades autoinmunitarias (tiroides, etc.)

Vázquez Martínez de Velasco José Efraín, Morfín Martín Julio, Motta Martínez Eduardo. Guías de Práctica Clínica Estudio del Climaterio y la Menopausia. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia 2009; 77 (Supl 9): S253-72 FEMEGO

Diversos estudios observacionales muestran de manera consistente una asociación causal entre los síntomas vasomotores y la disminución de estrógenos; así como también han mostrado una asociación entre determinados factores de riesgo y la frecuencia y/o intensidad de los síntomas vasomotores<sup>4</sup>. Tales como:

- **Factores no modificables:** raza, menopausia inducida, padecimientos crónicos
- **Factores modificables:** obesidad, tabaquismo, sedentarismo, escolaridad, ambiental, historia de ansiedad y depresión.

La Guía de Práctica Clínica del IMSS “Atención del Climaterio y Menopausia”, menciona, que estudios observacionales muestran que el aumento de peso y la obesidad predisponen a que los síntomas vasomotores se presenten con mayor frecuencia e intensidad. El riesgo (OR) de padecer síntomas vasomotores en mujeres con un índice de masa corporal (IMC) > 27 kg/m<sup>2</sup>, si comparamos con las mujeres con un IMC de entre 19 y 26.9 es de 1.15 (IC del 95%: 1.04-1.28). No obstante, se desconoce si el perder peso puede disminuir el riesgo de padecer síntomas vasomotores<sup>4</sup>.

Así también el tabaquismo, el fumar más de 20 cigarrillos al día también incrementa el riesgo de presentar síntomas vasomotores, al igual que presentan mayor riesgo de resequeidad vaginal coparado con las no fumadoras con un OR de 1.68; las personas fumadoras presentan una disminución significativa de la densidad ósea y un aumento de fracturas, la evidencia muestra que el consumo de tabaco disminuye la absorción del calcio<sup>4</sup>.

### **1.1.6 Epidemiología**

En México, la menopausia sucede, en promedio, a los 47.6 años, con límites entre 41 y 55 años.

En México, la esperanza de vida en el año 2005 se estableció en 79 años de edad para la mujer, en el 2010 de 80 años. Se espera que para el 2035, una de cada tres mujeres mexicanas estará en la etapa del climaterio o en la posmenopausia, y con expectativa de vida de 83.4 años. En México se ha identificado, en promedio, a los 48 años de edad<sup>1</sup>.

Si se analizan los datos proporcionados por el INEGI, en el censo del 2000 había 6,776,314 mujeres mayores de 50 años, y en el 2005, de acuerdo con el recuento de población, publicado por el INEGI en 2006, había 8,195,864, lo que representa un aumento de 17.3% de la población femenina mayor de 50 años, en tan sólo cinco años.

Si consideramos las tendencias del Consejo Nacional de Población (CONAPO), que en el 2010 habría cerca de 10,015,562 mujeres en esta etapa de la vida, en tan sólo 10 años (2000-2010) aumenta la población de mujeres de 50 años o más en 35.4%, en relación con el censo realizado a principios de este siglo<sup>2</sup>.

El Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, menciona que, el aumento de la esperanza de vida, junto con los adelantos terapéuticos, nos sitúa ante un

nuevo perfil epidemiológico de las mujeres de este grupo de edad, que se distingue por mayor prevalencia de los procesos crónicos.

### **1.1.7 Fisiología**

En el periodo del Síndrome Climatérico, se presentan distintos cambios endocrinos, como lo son, “el agotamiento ovárico”, causante de la menopausia, va produciéndose de forma lenta y progresiva ya programado desde el nacimiento. Si la menarquía representa el inicio de la vida reproductiva, con todas sus consecuencias, la menopausia representará el fin de la misma<sup>3</sup>.

El ovario es una glándula con doble función:

Endocrina, produce hormonas (estrógenos, progesterona y en menor cantidad andrógenos) necesarias para un correcto desarrollo del organismo femenino y que con su déficit en el climaterio, son causantes de un serie de alteraciones en la mujer, físicas y psíquicas produciendo más o menos sintomatología clínica conforme pasan los años en estado de déficit hormonal.

Exócrina, produce óvulos necesarios para la reproducción.

Las dos funciones, van juntas, la función reproductora se pierde antes que la hormonal, de manera que ya en la etapa perimenopáusica, la fertilidad va disminuyendo<sup>3</sup>.

El envejecimiento del folículo ovárico, tradicionalmente, se ha considerado como la causa fundamental de la rápida disminución del número de ovocitos del ovario, por desgaste (atresia) o consumo, que ya comienza en la época embrionaria y se extiende hasta la menopausia (aproximadamente, 400 ovulaciones).

A las 20 semanas de vida intrauterina, los fetos femeninos poseen en ambos ovarios unos 7 millones. En el momento de nacer, la dotación folicular ha disminuido hasta una cifra de 2 millones. Con la menarca, la proporción ha disminuido hasta 400 mil folículos, mientras que al final de dicha etapa reproductiva éstos han desaparecido<sup>3</sup>.

El envejecimiento ovárico está programado desde el nacimiento y primero declina su función reproductora y luego la hormonal (menopausia), por lo que los cambios endocrinos empezarán a observarse ya en la perimenopausia con la producción de ovocitos defectuosos (disminución de la fecundidad) y que clínicamente darán lugar a alteraciones de ciclo, a veces tan llamativas como es la pérdida de la regularidad de los ciclos produciéndose sangrados irregulares, tanto en la duración de días de sangrado, como en la cantidad y también en su presentación en cuanto a ciclos muy cortos, muy largos, o de forma anárquica (ataxia menstrual)<sup>3</sup>.

Es de destacar, que aunque la fertilidad decline, aún puede ocurrir un embarazo, como demostrado por una tasa relativamente alta de embarazos imprevistos en las mujeres de 40-44 años.

En la menopausia el agotamiento de la reserva folicular implica un aumento paralelo de la Hormona Luteinizante (LH) y la Hormona Folículo Estimulante (FSH), siendo este último mayor que el de la LH, debido a la supresión de inhibina, que es un factor de retrocontrol de la FSH y también porque la vida media de la FSH es mayor que la de la LH.

Las concentraciones de FSH son siempre superiores a la de un ciclo normal incluso en pico ovulatorio y suelen permanecer estables durante muchos años. La LH también aumenta a niveles mayores que los producidos durante un ciclo ovulatorio pero pueden presentar fluctuaciones en sus niveles dependiendo de los niveles de estrógenos circulantes<sup>3</sup>.

Los niveles circulantes de estrógenos en la menopausia proceden en la mayor parte de la conversión de andrógenos a estrógenos a nivel del tejido adiposo (aunque también en hígado, músculo, hueso, médula ósea, fibroblastos, y la raíz del pelo). Esta capacidad de aromatización aumenta con la edad y la obesidad. El estradiol en la posmenopausia procede principalmente de la conversión periférica de estroma<sup>2</sup>.

En caso de necesidad, las hormonas a valorar son:

- FSH (>40 UI/ml)
- Estradiol (<30-50 pg/ml)

Estos resultados deberán confirmarse en 2-3 ocasiones.

Este periodo cursa con un estado de déficit estrogénico, aunque una vez establecida la menopausia en el ovario, ya no quedan folículos, a veces es posible encontrar todavía alguno capaz de producir una mínima dosis de hormona, pero no la ovulación, por lo cual pueden existir fluctuaciones hormonales. El ovario tiene tres zonas con capacidad de producción hormonal:

- Folículo: Estradiol (en mayor cantidad), Progesterona y Andrógenos.
- Cuerpo lúteo: Progesterona (en mayor cantidad), Estrógenos.
- Estroma: Andrógenos (en mayor cantidad), estrógenos, progesterona.

La producción hormonal en la posmenopausia depende del estroma, por lo cual predomina la presencia de andrógenos, no porque se produzca más que en la adolescencia, simplemente porque existe un decremento de las otras<sup>2</sup>.

### 1.1.8 Menopausia precoz

A continuación se enumeran las causas más frecuentes de menopausia precoz, según Bajo Arenas<sup>2</sup>.

Tabla 2. Causas más frecuentes de menopausia precoz.

Genéticos	Síndrome triple XXX, Detecciones del cromosoma X, Síndrome de Turner, Mosaicismo, Isocromosoma X.
Hereditarias	Alteraciones genéticas no demostrables
Inmunológica	Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, Miastenia, Anemia Hemolítica autoinmune, Alteraciones tiroideas, Enfermedad de Addison
Agentes destructores de células germinales	Radiaciones, Quimioterapia, Infecciones
Otros	Cirugía ovárica, Alteraciones metabólicas, Idiopática.

J.M. Bajo Arenas, J.M. Lailla Vicens, J. Xercavins Montosa, Fundamentos de Ginecología, Madrid; Editorial Médica Panamericana; Madrid 2009

### 1.1.9 Cuadro clínico

Vega G. y colaboradores realizaron un estudio comparativo en mujeres con menopausia de las U.M.F. de Querétaro, donde mencionan, que la sintomatología de la mujer climatérica depende de factores hormonales, psicológicos y socioculturales, se calcula que

aproximadamente el 85% de las mujeres presentan algún síntoma relacionado con la menopausia.

Lock, referido por Vega, en un estudio realizado en Japón encontró una frecuencia del 67%; Yokinen y Rautava, en Finlandia, con mujeres en la perimenopausia y postmenopausia alcanzaron una frecuencia de 55 al 58%; Casamadrid, en la ciudad de México, observó que en más del 70% de las mujeres en esta etapa presentan algún conflicto emocional de intensidad variable<sup>5</sup>.

No hay duda de que los síntomas en la menopausia constituyen un importante problema para las mujeres maduras, pero aún no hay criterios uniformes para considerar cuáles son propios de ella o bien resultan del envejecimiento, el deterioro de la salud, factores psicosociales o del estilo de vida.

Los síntomas se clasifican en:

- Físicos: bochornos
- Psicológicos como los cambios de humor
- Mixtos: Alteraciones cardiovasculares

Así también en:

- Típicos: síntomas vasomotores (bochornos, sudoración nocturna y disturbios del sueño).
- Atípicos: síntomas asociados tanto a la menopausia como a los cambios propios de la edad como los dolores de cabeza, de espalda y articulares, la piel seca y la disminución de la concentración

Sobrepuesto con la perimenopausia está la llamada, transición a la menopausia, concepto originariamente aplicado a los cambios hormonales que ocurren antes de la última menstruación y que termina con el último sangrado<sup>6</sup>.

Uno de los estudios que fundamentaron esta clasificación, de Dennerstein y colaboradores, incluyó 172 mujeres australianas del Women's Midlife Health Project, que ingresaron siendo premenopáusicas y al final del séptimo año habían avanzado a la perimenopausia o la postmenopausia.

Los autores concluyeron que los síntomas relacionados específicamente con los cambios hormonales de la transición menopáusica son los vasomotores, la sequedad vaginal y la



mastalgia y de la perimenopausia temprana a la tardía aumentaron significativamente los dos primeros con disminución de la mastalgia.

Se realizó un estudio multiétnico, el Study of Woman's Health Across the Nation (SWAN) analizó los síntomas de mujeres de 40-55 años caucásicas, afroamericanas, chinas, japonesas e hispánicas residentes en EUA.

La frecuencia de síntomas vasomotores (bochornos/sudoraciones nocturnas) aumentó al progresar las etapas de la menopausia, en la premenopausia (21%), en la perimenopausia temprana (38%) en la tardía (55%); además solamente progresaron de manera similar la sequedad vaginal (de 13 a 16%), pero disminuyó la irritabilidad (58 a 52%) aunque la magnitud del cambio no fue mayor a la de los bochornos o sudores nocturnos.

En México en mujeres de zonas rurales y urbanas se encontró que del 31-50% de las postmenopáusicas se quejaron de bochornos y sudoraciones nocturnas, así mismo independientemente de su grupo étnico las mujeres presentaron diversos síntomas psicológicos y cambios de humor depresivos<sup>6</sup>.

#### **1.1.9.1 Bochornos**

Los bochornos son el síntoma más común de la perimenopausia y los primeros años de la postmenopausia, ocurren en el 75% de mujeres en los EUA.

La frecuencia varía de cinco por año a 50 por día con grandes variaciones entre las mujeres y en una misma mujer. Generalmente persiste por uno a cinco años, pero en algunas puede continuar hasta por 10 años. Se le conoce como sensación de calor, sudoración, escalofríos, rubores. Son más frecuentes en las fases tardías de la perimenopausia y en los primeros años de la postmenopausia.

Aunque su causa es desconocida, se cree resultan de la disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, lo que induce labilidad en el centro termorregulador del hipotálamo. La vasodilatación periférica resultante puede ser repentina y errática causando elevación de la temperatura de la piel con sensación de bochorno y sudoración profusa de la parte superior del cuerpo. Cuando aparecen durante la noche se le conoce como sudores nocturnos y se asocian con breves pero repetidas interrupciones del sueño<sup>6</sup>.

La combinación de ambos síntomas se conoce como síntomas vasomotores y en el 25 a 75% pueden persistir hasta por 5 años después de la menopausia.

Los bochornos ocurren con la declinación de los estrógenos en la menopausia, pero no se ha encontrado correlación con los niveles plasmáticos, urinarios o vaginales de estrógenos o de gonadotropinas comparando mujeres sintomáticas y asintomáticas.

En este punto es importante considerar que los bochornos desaparecen con el tratamiento con estrógenos, por lo que es difícil sostener su independencia del factor hormonal.

Otra teoría para explicar los bochornos toma como base la termorregulación y propone que la elevada activación simpática actúa en los receptores alfa-adrenérgicos contribuye a los bochornos estrechando la zona termoneutral; entonces los bochornos se disparan por pequeñas elevaciones del centro de la temperatura corporal<sup>6</sup>.

#### **1.1.9.2 Depresión y síntomas emocionales**

Las mujeres en las clínicas de menopausia reportan elevada frecuencia de síntomas depresivos y disminución de la calidad de vida. Poco se sabe sobre la depresión y ansiedad en este período de la vida o de la influencia de factores socioculturales, eventos de la vida y factores biológicos. El único factor de riesgo para depresión durante la menopausia es historia previa del desorden afectivo.

Las alteraciones del estado de ánimo son una queja frecuente de las mujeres que se encuentran en la transición a la menopausia y disminuye en la postmenopausia temprana entre las más importantes y frecuentes se encuentran: estado de ánimo depresivo, cambios de humor, angustia, ansiedad, irritabilidad, cansancio, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, etc.

Su asociación con la disminución de estrógenos no es consistente, pero la depresión se ha asociado con elevación de FSH, lo que refleja falta de estrógenos<sup>6</sup>.

La mayoría de los estudios documentan mayor frecuencia de irritabilidad, nerviosismo y cambios de humor, en la perimenopausia que en la premenopausia. Pero, quitar un estudio

transversal en 300 mujeres españolas de 40 a 55 años, mostró frecuencia elevada de síntomas psicológicos asociados a bochornos en tanto que las postmenopáusicas a pesar de continuar con bochornos, no tuvieron alta prevalencia de síntomas psicológicos independientes de los eventos vitales, la disfunción familiar o el pobre apoyo social<sup>6</sup>.

En mujeres mexicanas se ha demostrado elevada frecuencia de síntomas físicos y emocionales en mujeres menopáusicas. En mujeres del centro del país se ha encontrado asociación entre obesidad y síntomas emocionales como la angustia y la depresión. Posteriormente se confirmó la presencia de síntomas en un estudio multicéntrico que estudió su frecuencia y los factores relacionados en mujeres tanto de comunidades rurales como urbanas de Guanajuato, Coahuila y Yucatán, así como la asociación entre los síntomas depresivos y la ansiedad con el “status menopáusico”<sup>6</sup>.

### **1.1.9.3 Síntomas Genitourinarios**

La ausencia de estrógenos permite que disminuyan los estímulos tróficos; que afectan al tejido conectivo comprometiendo las fibras elásticas y colágenas. Estas alteraciones llevan complicaciones y síntomas relacionados con la atrofia vaginal y alteraciones en el tracto urinario.

Las estructuras que dan continencia se debilitan y responden menos a los estímulos, lo que favorece la aparición o acentuación de incontinencia urinaria de esfuerzo, es decir, al toser, estornudar, reír u otro esfuerzo.

La incontinencia es una queja frecuente entre las mujeres tanto en la perimenopausia como en la postmenopausia y su prevalencia se incrementa con la edad. Su incidencia varía mucho en estudios en distintas poblaciones desde 1.6% hasta 48%<sup>6</sup>.

En un estudio sobre la prevalencia de los síntomas urogenitales en 98,705 mujeres postmenopáusicas de 50-79 años en el marco de la Iniciativa de Salud de la Mujer (WHI), los 4 síntomas más frecuentes fueron: sequedad vaginal 27%, irritación o prurito 18.6%, flujo vaginal 11.1% y disuria 5.2%. La prevalencia de disuria fue 2.2 veces más elevada en mujeres de origen hispánico comparadas con mujeres blancas no hispánicas.

En el Melbourne Women's Midlife Health Project (MWMHP) la prevalencia fue 17% en la fase reproductiva tardía, 12% en la etapa temprana de transición, 14% en la etapa tardía de transición y 14% en la postmenopausia. En el Study of Woman's Health Across the Nation (SWAN) 57% de las mujeres reportaron incontinencia, 15% moderada y 10% severa<sup>6</sup>.

#### **1.1.9.4 Atrofia Vaginal**

Los estrógenos estimulan el crecimiento y desarrollo del epitelio vaginal, permitiendo que permanezca grueso, húmedo y blando. La atrofia vaginal se produce por la importante reducción de estrógenos, justo antes de la última menstruación.

Clínicamente la atrofia vaginal se hace aparente por el delgado, pálido y seco epitelio vaginal; la vagina, se estrecha y acorta. Los labios mayores y menores se adelgazan y encogen y el clítoris se expone más de lo habitual, disminuyendo su sensibilidad. La vagina atrófica pierde su rugosidad normal y el epitelio del introito a menudo disminuye<sup>6</sup>.

El pH en las mujeres en edad reproductiva es de  $< 4.5$ , lo que previene la colonización de la vagina con bacterias patógenas. Al disminuir los estrógenos el pH vaginal se eleva entre 6.0 y 7.0 lo que disminuye la protección contra infecciones vaginales y urinarias. La terapia con estrógenos disminuye el pH.

Los síntomas de atrofia vaginal incluyen sequedad, prurito, vaginitis y dispareunia; los dos primeros son comunes en la etapa tardía de transición a la perimenopausia.

La asociación entre sequedad vaginal y niveles bajos de estrógenos es muy clara porque éstos bajan rápidamente durante la fase tardía de transición a la menopausia.

La sequedad vaginal aumenta progresivamente, como se mostró en un estudio longitudinal realizado por Dennerstein L. y colaboradores, referido por Canto, en una población de 438 mujeres australianas, en el cual aumentó de 3% en la premenopausia a 4% en la fase temprana de la etapa de transición a la menopausia, a 21% en la etapa tardía y hasta 47% a los tres años de postmenopausia<sup>6</sup>.

Malacara JM, referido por Canto de Cetina, refiere en un estudio, a través de la realización de encuestas en 7632 mujeres de Guanajuato, Coahuila y Yucatán, reporta que en mujeres mexicanas se ha presentado una prevalencia similar de sequedad vaginal. Los cambios atróficos de vagina y vulva, combinados con la sequedad vaginal, hacen que la relación sexual sea una experiencia dolorosa y en ocasiones traumática, repercutiendo en la calidad de vida de la mujer y en su relación de pareja si no recibe el tratamiento adecuado<sup>6</sup>.

#### **1.1.9.5 Sangrado Uterino Anormal**

El sangrado uterino irregular es un síntoma común en las mujeres en la transición de la menopausia.

En el año previo al último período menstrual los niveles de estradiol disminuyen y aumentan las hormonas folículo estimulante luteinizante (FSH y LH).

El alargamiento de los ciclos se asocia con anovulación y se nota más tanto en mujeres con mayor índice de masa corporal como en perimenopáusicas de mayor edad. En la perimenopausia tardía es más común la anovulación con un patrón de ciclos irregulares<sup>6</sup>.

#### **1.1.9.6 Menorragia y Transición a la Menopausia**

Es importante recordar que la prevalencia de lesiones uterinas benignas, incluyendo pólipos y fibromas alcanza su pico entre los 40 y 50 años, por lo que es difícil separar la menorragia debida a cambios perimenopáusicos normales de la que se produce por lesiones uterinas benignas. Es importante recordar que la prevalencia de lesiones uterinas benignas, incluyendo pólipos y fibromas alcanza su pico entre los 40 y 50 años, por lo que es difícil separar la menorragia debida a cambios perimenopáusicos normales de la que se produce por lesiones uterinas benignas.

#### **1.1.9.7 Otros síntomas**

Diversos estudios relacionan la transición a la menopausia y la postmenopausia con disminución del deseo sexual. El Massachussets Women'Health Study mostró que la transición a la menopausia y la postmenopausia se relacionan con disminución del deseo sexual<sup>6</sup>.

Las mujeres postmenopáusicas reportaron menor deseo y menos excitación que las mujeres en edad reproductiva o en la transición a la menopausia; además, la prevalencia de cualquier tipo de disfunción sexual se elevó de 42 a 88% en la postmenopausia; otro síntoma frecuente fue la disminución de la libido.

La fluctuación de testosterona se ha relacionado con disminución de la libido y se sugiere que las fluctuaciones pueden ser más importantes que los niveles de andrógenos y estrógenos durante la transición a la menopausia<sup>6</sup>.

#### **1.1.9.8 Alteraciones Cognitivas**

En el estudio SWAN se examinaron los cambios en la cognición durante varias fases de la transición a la menopausia y las experiencias relacionadas con el olvido fueron reportadas en 31% en edad reproductiva, 44% etapa temprana de transición, 44.8% en la tardía y 42% en postmenopausia.

#### **1.1.9.9 Síntomas Somáticos**

Como se describió al hablar de los síntomas emocionales, en mujeres orientales y en poblaciones de México se reporta más frecuencia de estos síntomas que los considerados típicos de la menopausia. Los más frecuentes fueron inflamación y dolor articular, lo que se atribuye a la falta de hormonas sexuales en el tejido conectivo (colágeno entre otros) y músculos, ya que generalmente estos dolores desaparecen al iniciar el tratamiento hormonal<sup>6</sup>.

Se denomina disfunción sexual femenina del climaterio para aludir al conjunto de alteraciones de la respuesta y conducta sexual que acontecen durante esta etapa de la vida de la mujer. Si bien debemos diferenciar la disfunción sexual producida por el climaterio de la disfunción sexual agravada por el climaterio y de la disfunción sexual secundaria a otras patologías del climaterio, como la ansiedad y la depresión<sup>7</sup>.

#### **1.1.10 Diagnóstico**

La Guía de Práctica Clínica del IMSS, define el climaterio en 3 etapas: transición, perimenopausia y posmenopausia:

La etapa de transición se presenta cuando hay una disminución del número de folículos primordiales y la característica clínica más importante es la irregularidad en los ciclos menstruales.

La perimenopausia, 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, etapa en la que se presenta frecuentemente el síndrome vasomotor<sup>4</sup>.

La posmenopausia es la etapa iniciada a partir del último periodo menstrual. Se clasifica en temprana (predominio del síndrome vasomotor) y tardía (predominio de atrofia genitourinaria y enfermedades crónico-degenerativas). Considerándose fisiológica después de los 40 años, y menopausia prematura antes de los 40 años de edad<sup>4</sup>.

### **Perfiles hormonales**

Establecer si una mujer se encuentra en la perimenopausia o climaterio puede hacerse mediante clínica (historia de irregularidades menstruales, amenorrea con bochornos y diaforesis nocturna, resequedad vaginal, etc.), no requiere alguna prueba de laboratorio adicional.

La determinación de hormona folículo estimulante (FSH) sérica puede ser útil, según algunos autores, en mujeres con sospecha de menopausia prematura o, bien, en quienes están en tratamiento con anticonceptivos hormonales y desean saber si los pueden suspender<sup>2</sup>.

El cambio más temprano y consistente observado en estudios de envejecimiento reproductivo es la elevación ligera de la concentración de FSH. Si en mujeres en edad reproductiva, en fase folicular temprana, la concentración de FSH se detecta con dos desviaciones estándar ésta puede utilizarse como marcador de transición a la menopausia. Los valores séricos de FSH y LH no tienen mayor peso que los síntomas clínicos para establecer que se ha llegado a la perimenopausia o menopausia. Hasta el momento no hay un marcador de laboratorio inequívoco para esta situación<sup>2</sup>.

Aunque los problemas tiroideos son más frecuentes en la mujer, especialmente durante el climaterio, está indicado practicar un perfil tiroideo completo sólo si se sospecha clínicamente algún problema de esta índole.

En las mujeres en etapa de perimenopausia que sufren menstruaciones abundantes y se sospecha anemia, está indicado el estudio de hemoglobina, hematócrito y cuenta de glóbulos rojos.

### **Recomendación<sup>2</sup>**

- Determinar la concentración de TSH en pacientes mayores de 35 años y posteriormente cada cinco años.
- En las mujeres en etapa de perimenopausia que sufren menstruaciones abundantes y se sospecha anemia, está indicado el estudio de hemoglobina, hematócrito y cuenta de glóbulos rojos.
- Cada año debe evaluarse a toda mujer mayor de 30 años que tenga factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2.
- Se recomienda investigar en todas las pacientes si padecen diabetes, a partir de los 45 años de edad.
- Determinar la glucemia en ayuno cada tres años en mujeres de 65 años o más.
- Perfil de lípidos séricos
- Se solicitará un perfil completo de lípidos séricos en la mujer perimenopáusica al menos una vez cada cinco años en pacientes mayores de 20 años de edad.
- El estudio de citología vaginal debe efectuarse cada dos a tres años en mujeres mayores de 65 años, después de tres resultados negativos consecutivos.
- El estudio de citología vaginal de Papanicolaou puede suspenderse a los 70 años en mujeres con bajo riesgo.
- Ultrasonido pélvico: Indicado en el estudio de sangrado uterino posmenopáusico o en las pacientes que durante la perimenopausia tengan sangrado anormal. Se prefiere el estudio por vía transvaginal, porque la resolución es mucho mejor. Además del estudio de la morfología uterina, debe hacerse la medición del grosor endometrial, que no deberá ser mayor a 4 mm.



El grosor endometrial puede variar (el promedio en mujeres con endometrio normal es de  $3.4 \pm 1.2$  mm, de  $9.7 \pm 2.5$  mm en mujeres con hiperplasia y de  $18.2 \pm 6.2$  mm en pacientes con carcinoma). En quienes se sospechen pólipos intracavitarios podrá complementarse con la histerosonografía.

- Biopsia de endometrio: Es un estudio útil en la mujer perimenopáusica con trastornos menstruales, sobre todo por exceso o, bien, en la que se plantea administrar terapia hormonal sustitutiva, en la que tiene sangrado posmenopáusico y la que tiene factores de riesgo para carcinoma, o endometrio engrosado detectado por ultrasonido transvaginal.

Se recomienda obtener una biopsia endometrial en mujeres mayores de 40 años con sangrado anormal, o más jóvenes si tienen factores de riesgo. Si el sangrado ocurre 12 meses después de la menopausia, se considerará sangrado posmenopáusico y siempre deberá evaluarse<sup>2</sup>.

### **1.1.11 Tratamiento**

La Terapia Hormonal ha demostrado ser el tratamiento de primera opción para el control de los síntomas vasomotores y atrofia urogenital del Climaterio.

Revisiones clínicas muestra que la TH disminuye la frecuencia de síntomas vasomotores de un 80 a un 90%, requiriéndose generalmente poco tiempo de uso, por lo que los riesgos son bajos<sup>4</sup>.

Desde hace mucho tiempo, más de 60 años, la terapia hormonal se ha indicado para aliviar los síntomas relacionados con la transición a la menopausia y el climaterio, principalmente los síntomas vasomotores y los consecutivos a la atrofia del epitelio genito-urinario. Por lo antes mencionado se define a la terapia hormonal como la administración de hormonas a mujeres con deficiencia estrogénica, sintomáticas, durante la transición a la menopausia y la posmenopausia.

Con frecuencia, los síntomas vasomotores tienen la intensidad suficiente para hacer necesaria la asistencia profesional y el tratamiento para su alivio, ya que en ocasiones pueden alterar el desarrollo de las actividades cotidianas y afectar la calidad de vida. El

35.4% de las mujeres de origen hispano sufre síntomas vasomotores con intensidad de moderada a severa<sup>8</sup>.

Una revisión sistemática Cochrane que incluye 21 estudios ECA con 2511 mujeres mostró que la TH administrada por vía oral durante un periodo de 3 meses a 3 años, comparado con placebo, reduce la frecuencia semanal de los síntomas vasomotores. La magnitud del efecto está en relación con la intensidad de los síntomas y la duración del tratamiento.

La falta de producción de estrógenos acelera el daño endotelial, disminuye la producción de prostaciclina, de óxido nítrico y endotelina-1, con lo que se pierde el efecto vasodilatador y antiagregante plaquetario<sup>9</sup>.

Durante este periodo se favorece la acumulación de lipoproteínas de baja densidad y la proliferación de células de músculo liso, lo que acelera el proceso aterosclerótico.

Existe una deficiencia de vitaminas A, E, C, D, tiamina, riboflavina, ácido fólico, pantoténico y déficit en la absorción de calcio y magnesio, causado por el aumento del pH intestinal por acloridia.

La vitamina E participa en la prevención de la oxidación de LDL y colesterol y la inhibición de la agregación plaquetaria.

Las alteraciones metabólicas, el riesgo cardiovascular, así como los trastornos psicológicos constituyen una consideración importante para instalar Terapia Hormonal de Reemplazo (THR)<sup>9</sup>.

El propósito del tratamiento de reemplazo hormonal es brindarle a la mujer una mejor calidad de vida, especialmente en esos años de transición de la vida reproductiva a la etapa postmenopáusicas, que es en la mayoría de las mujeres muy traumáticas, porque no solamente tienen la disminución o ausencia de la producción hormonal natural de los ovarios, sino también que experimentan un vacío psicológico que usualmente se manifiesta por depresión, ansiedad, insomnio, cambio de personalidad, irritabilidad que tiene un efecto en el núcleo familiar.

En el aspecto sexual las mujeres sufren de una disminución de la libido, y para complicar el cuadro, la resequedad vaginal como parte del síndrome climatérico convierte el coito en un proceso doloroso<sup>10</sup>.

Las mujeres con severa, moderada o leve sintomatología climatérica, se benefician rápidamente con la terapia hormonal (TH). En un grupo de pacientes de Venezuela se ha encontrado desaparición de la sintomatología basal antes de las 4 primeras semanas del inicio de la TH. El efecto de la TH sobre la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas es significativamente superior al de cualquier tratamiento sintomático.

El uso de los estrógenos mantuvo un ritmo de crecimiento de 25 % anual a nivel mundial, debido a la aceptación creciente por médicos y pacientes, pero a partir del año 2002, con la publicación del Womens' Health Initiative Study y The Million Women Study, este ritmo no solo se detuvo, sino que decreció significativamente y el número de mujeres que mantenían la TH descendió considerablemente<sup>11</sup>.

Después de la revisión y análisis que se hizo a nivel mundial de estos estudios, por parte de diferentes Sociedades de Menopausia, se encontraron numerosos sesgos y fallas que determinaron que estos resultados fueran considerados como un alerta, y se sugirió continuar con el uso de la TH por períodos no mayores a 6 años y sobre la paciente ejercer controles muy estrictos antes del inicio de la terapia y durante su administración<sup>11</sup>.

#### Indicaciones

- Control de los signos y síntomas relacionados con el hipoestrogenismo.
- Modificación de alguna situación que se corrija con suplementación hormonal.
- Prevención de las consecuencias tardías de la deficiencia de estrógenos.

Se subdividen en absolutas y relativas, mismas que se han modificado con el tiempo, esto es debido a un mayor conocimiento de la fisiología de los esteroides sexuales.

Las opciones de la TRH son de ciclo, ciclo continuo, continuo combinado e intermitente combinado. El consumo por largo tiempo de esta terapia aumenta el riesgo de apoplejías, coágulos sanguíneos, ataques al corazón, cáncer endometrial y cáncer invasivo de seno; por lo tanto se debe discutir cuidadosamente los riesgos y los beneficios<sup>9</sup>.

En pacientes con útero la TRH combinada es un esquema indispensable debido a que se ha demostrado que la prescripción de estrógenos solos predispone a hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio.

Es muy importante que antes de iniciar el tratamiento se realice una historia clínica completa, complementada con estudios paraclínicos como: mastografía, ultrasonido pélvico con grosor endometrial y citología cervical y control anual.

Se recomienda que las mujeres que sufren de Diabetes Mellitus y/o hipertensión arterial sean controladas antes del inicio de la terapia<sup>9</sup>.

De acuerdo a la forma de administración del estrógeno y la progesterona, existen diferentes esquemas de TH combinada:

- Terapia cíclica
- Cíclico-combinado
- Continúo-cíclico (Secuencial)
- Continuo Cíclico (Secuencial) de ciclo largo
- Continuo combinado
- Intermitente combinado

La TH combinada consiste en la prescripción de estrógenos y progestágenos para el control del Síndrome Climatérico, está indicada en mujeres con útero íntegro para reducir el riesgo de hiperplasia o cáncer de endometrio.

Los progestágenos pueden ser naturales o sintéticos, derivados de la progesterona, o de la testosterona. Su potencia deriva de su metabolismo hepático, y se refiere a la dosis necesaria para proteger el endometrio, entre las progestinas más usadas tenemos la noretisterona, el acetato de Medroxiprogesterona, la dehidrogenona, el Levonorgestrel, la Drospirenona, y la Trimegestona<sup>4</sup>.

El efecto protector de los progestágenos en el tejido endometrial, radica en la capacidad de su transformación, de acuerdo a su gran afinidad sobre receptores progestacionales, de acuerdo a esta potencia o afinidad se encuentran en orden descendente:

- Trimegestona
- Desogestrel
- Nomegestrolacetate
- Acetato de Medroxiprogesterona
- Noretisterona Acetato de Ciproterona

En México el acetato de Clormadinona es uno de los progestágenos que se usan frecuentemente como terapia combinada en el síndrome climatérico.

La administración cíclica se asocia con sangrado por deprivación secundaria a la falta de administración de progesterona, y la administración continua se asocia con elevados índices de amenorrea, aunque en el primer año de uso puede haber sangrados escasos intermitentes. La elección del esquema de administración de la TH combinada dependerá de la elección de la paciente en cuanto a si desea o no continuar con sangrados cíclicos<sup>4</sup>.

Cuando se administra en forma cíclica el progestágeno es recomendable que sea por lo menos 12-14 días de cada mes.

La TH cíclica está indicada en aquellas mujeres con útero en la perimenopausia que deseen continuar con ciclos menstruales.

En nuestro medio los esquemas más recomendados son:

- Terapia cíclica continua (también denominada secuencial): El estrógeno se utiliza todos los días con el agregado de progestágeno 10 a 14 días por mes.
- Terapia continua combinada: emplea dosis fijas de estrógeno-progestágeno diariamente.

El esquema de Terapia Hormonal será seleccionado de acuerdo a la etapa del climaterio; en etapa de transición y perimenopausia se recomienda esquemas combinados secuenciales; en la posmenopausia esquema continuo combinado<sup>4</sup>.

Existen diferentes estudios observacionales y ECA en donde se concluye que al disminuir la dosis de estrógeno y progestágeno no se observan diferencias en cuanto a efectividad comparado con las dosis estándar sobre todo en síntomas vasomotores, efecto sobre hueso y epitelio vaginal.

La terapia estrogénica simple es altamente eficaz para suprimir la sintomatología del síndrome climatérico, indicada en pacientes sin útero, el inicio temprano puede reducir el riesgo de mortalidad y de cardiopatía coronaria<sup>4</sup>.

El momento del inicio de la terapia estrogénica debe ser lo más temprano después de la aparición de la menopausia. El efecto hepático de la TH oral da como resultado incremento en las lipoproteínas como el colesterol total, HDL y Triglicéridos, globulinas hepáticas, factores de coagulación y proteína C reactiva.

La administración transdérmica es de primera elección en la paciente portadora de hipertensión arterial sistémica, hipertrigliceridemia y/o hepatopatía crónica, no aumenta los Triglicéridos, sin incremento de factores de coagulación, ni de enfermedad de la vesícula biliar<sup>12</sup>.

La administración tópica está indicada exclusivamente en atrofia genitourinaria en estudios aleatorizados se ha demostrado su eficacia y tolerabilidad. La terapia estrogénica vaginal deberá continuarse mientras persisten las molestias en el área genitourinaria, no requiere adicionar progestágenos para protección endometrial, la evidencia actual, sugiere que la duración debe continuarse mientras los beneficios se hayan establecido, o que a consideración de la paciente el bienestar supere a los riesgos y efectos secundarios, sobre todo después de no haber podido interrumpir la terapia.

Se han encontrado que las dosis bajas de terapia estrogénica son igualmente eficaces que la dosis estándar para el alivio de los síntomas climatéricos no obstante se reduce los efectos secundarios.

Los tiempos cortos de uso de la terapia estrogénica parecen ser seguros en mujeres sanas en la transición a la menopausia y la posmenopausia temprana. La monitorización es básicamente con la mejoría clínica y no es necesaria la cuantificación de los niveles de estradiol y FSH. Dentro del seguimiento de la paciente con terapia estrogénica debe realizarse periódicamente perfil de lípidos, y escrutinio mamográfico<sup>12</sup>.

Cuando se administran dosis estándar, su discontinuación debe ser gradual, cambiando a dosis bajas y después disminuirse gradualmente hasta el retiro. En dosis bajas la discontinuación debe ser paulatina<sup>4</sup>.

Los resultados en la cohorte de menor edad del estudio WHI (50-59 años de edad) y dentro de los 10 primeros años de la menopausia mostraron efectos favorables<sup>12</sup>:

- Menor riesgo cardiovascular
- Ausencia de daño del endotelio en vasos sin aterosclerosis.
- Reducción de la resistencia a la insulina.
- Reducción del riesgo de Diabetes Mellitus.

Se cuenta actualmente con productos hormonales con dosis menores, y progestinas específicas de receptores endometriales, para ofrecer mínimos riesgos y buen apego al tratamiento, tales como la drospirinona y trimegestona.

La eficacia de la Tibolona es similar a la de los estrógenos con o sin progestágenos. La dosis de 2.5 mg/día es la óptima y ha sido la más utilizada en la mayoría de los ECA.

La actividad estrogénica de la Tibolona en el endometrio es mínima y por consecuencia presenta menor incidencia de hiperplasia y cáncer endometrial en comparación a la TH combinada Estrógeno-Progestágenos. El tratamiento con Tibolona es eficaz en el control de los síntomas vasomotores en la posmenopausia<sup>4</sup>.

Los diferentes ECA no muestran a corto plazo efectos adversos importantes, se ha descrito en algunos estudios un aumento del riesgo de sangrados irregulares y efectos adversos androgénicos (hirsutismo, piel grasa), pero sin mostrar resultados consistentes, así como también se ha demostrado que aumenta la Densidad Mineral Ósea, sobre todo en la columna lumbar, ha sido demostrado tanto en mujeres premenopáusicas como posmenopáusicas, efecto benéfico sobre el perfil lipídico (excepto una disminución de la HDL), la cascada de la coagulación y otros marcadores de las enfermedades cardiovasculares, pero no hay datos sobre el efecto en los eventos cardiovasculares ni el riesgo de tromboembolismo, reduce el riesgo de fracturas vertebrales, de cáncer de colon y el riesgo de cáncer invasor de mama<sup>4</sup>.

La tibolona se recomienda en pacientes posmenopáusicas con sintomatología vasomotor moderada a severa y con disminución de la libido.

Las contraindicaciones para la TH son<sup>4</sup>:

- Cáncer hormonodependiente (endometrial y de mama).
- Sangrado Uterino anormal no diagnosticado.
- Insuficienciaa venosa complicada
- Insuficiencia hepática
- Litiasis vesicular.
- Trombofilias
- Antecedentes de eventos tromboembólicos
- Dislipidemias.

El WHI demostró que el tratamiento con estrógenos conjugados solos en dosis estándar o convencional incremento el riesgo de cáncer de mama después de 7 años de uso continuo. Cuando se utilizó la combinación estrógeno-medroxiprogesterona en dosis estándar o convencional el incremento del riesgo de cáncer de mama se observó a partir de 5 años de su uso<sup>12</sup>.

El estudio de Millón de Mujeres, en relación al cáncer de mama y TH, muestra que el riesgo de cáncere es menor si se utiliza sólo estrógenos o tibolona en comparación con diferentes progestinas como Acetato de Medroxiprogesterona, Noretindrone y Levonorgestrel<sup>13</sup>.

La TH no se recomienda en pacientes con obesidad, tabaquismo y mutaciones protrombóticas<sup>4</sup>.

Por temores e información incompleta o ninguna, recibida de su médico en relación con los efectos secundarios, riesgos y beneficios derivados del uso de la TH, aproximadamente el 70 % de las mujeres abandonan la terapia dentro de los primeros 6 meses de iniciada. Mientras más información recibe la paciente mejor entiende el problema de la menopausia, la prevención y el tratamiento de las enfermedades que de ella se derivan y es mucho más consecuente con la continuidad del tratamiento. A mayor información, mejor aceptabilidad por parte de la paciente<sup>11</sup>.



### 1.1.12 Síntesis histórica de la familia

La evolución del ser humano ha sido motivo de estudios profundos y de elaboración de teorías, como las realizadas por Aristóteles, Cuvier, Eclere, Erasmo Darwin, Lamarck y Carles Darwin, entre otros, las cuales permiten desentrañar el origen del hombre y su convivencia en grupos. Con esto se dio la evolución en la formación de grupos y, tal vez, el establecimiento y distinción de las familias<sup>14</sup>.

Lewis Henry Morgan, en 1877, seguramente influenciado por Darwin, presenta su obra fundamental *La sociedad Antigua*, de la que el propio Engels apunta:

Morgan desarrolla con plena nitidez lo que en 1871 conjeturaba vagamente. La endogamia y la exogamia (Endogamia del griego éndon: dentro y gamos:boda). Es la prohibición de casarse fuera de un determinado grupo social, (tribu) clase o casta<sup>14</sup>.

Las restricciones matrimoniales son de dos clases, las que impiden casarse fuera de un determinado grupo (leyes de endogamia) y las que obligan a casarse fuera de él, (leyes de la exogamia) del griego exo: fuera y gameín: casarse, no forman ninguna antítesis; la existencia de “tribus” exógamas no está demostrada hasta ahora en ninguna parte (El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado, 1891).

En la época en que aún dominaba el matrimonio por grupos que, según toda verosimilitud, ha existido en tiempos en todas partes, la tribu se escindió en cierto número de grupos, de gens consanguíneas por línea materna, en el seno de las cuales estaba rigurosamente prohibido el matrimonio<sup>14</sup>.

La familia se nos presenta en el curso de la historia como una “institución” que reviste múltiples aspectos desde sus orígenes, que en lo sucesivo le permite organizarse de otra manera por la presencia y presión de nuevas ideas y necesidades.

El estudio de las funciones globales de la familia se inicia a partir de los decenios de 1950 y 1960 cuando ya se contaba con tres referentes teóricos: la teoría general de los sistemas, la teoría de la comunicación humana y la teoría de los grupos.

Las etapas fundamentales de la evolución de la familia definidas por Morgan en 1877 fueron tomadas por Engels en su obra *El origen de la familia, la sociedad y el Estado*,

quienes la enriqueció con las aportaciones del marxismo, resaltando la importancia de la génesis de la familia, las relaciones de producción y estableciendo una íntima conexión entre familia y Estado como eslabones de un mismo proceso.

Morgan referido por Huerta señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de familia<sup>15</sup>:

- Familia consanguínea: predominan las relaciones incestuosas entre hermanos siendo excluidos padres e hijos de las relaciones sexuales recíprocas.
- Familia punalúa o familia por grupo: la prohibición del incesto incluye a los hermanos. Los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otra familia.
- Familia sindiásmica o patriarcal: la división de las tareas, necesaria por el desarrollo de la agricultura, lleva a la conformación de este tipo de familia en la que el hombre vive con una sola mujer, pero mantiene el derecho de la poligamia y la infidelidad. En ésta funda el principio de autoridad absoluta del jefe de la familia.
- Familia monogámica: tiene su origen en la forma anterior, y se caracteriza por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual.

De estas características de la familia monógama también podemos mencionar una tipología que puede describir el desarrollo de este tipo de familia hasta el momento actual<sup>14</sup>:

- Familia patriarcal monógama: es el antecedente inmediato de la familia moderna. En este tipo de familia, la figura preponderante y central de todas las actividades económicas, religiosas, políticas y jurídicas es el padre, quien también es el tutor de la esposa y de los hijos; es el único propietario del matrimonio y el representante religioso del culto hogareño; la familia además la forman la esposa y los hijos.
- La familia conyugal moderna es el tipo de familia que está emergiendo; se establece en las sociedades modernas actuales, y cuenta con las siguientes características específicas:
  - Es una “institución sociojurídica” llamada matrimonio.

- Presenta una relación sexual legítima y permanente.
- Incluye normas (jurídicas, religiosas y morales) que regulan las relaciones entre los padres y los hijos.
- Incluye un sistema de nomenclatura que define los parentescos.
- Regula las actividades económicas.
- Contempla un lugar fijo para vivir.
- Permite el desarrollo de sus miembros.
- Propicia la participación de todos los miembros.

### 1.1.13 Definición

Consenso Académico, México 2005.

1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud

“La familia es 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 salud-enfermedad*”<sup>14</sup>.

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 existan entre ellos. 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<sup>15</sup>:

- **Subsistema conyugal:** se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para

la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema puede constituir en un refugio ante el estrés y en la base para el contacto con otros sistemas sociales. Así mismo, debe desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; por ejemplo, cuando hay hijos, deben poseer un territorio psicosocial propio.

- **Subsistema paterno-filial.** El nacimiento de un hijo origina 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.
- **Subsistema fraterno.** Entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En él aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir.

El individuo es un subsistema de la familia, y ésta lo es de la sociedad. Cada una de las partes está dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, característica que permite distinguirlas entre sí<sup>15</sup>.

#### **1.1.14 Clasificación**

En el artículo de Archivos de Medicina Familiar, II. Conceptos básicos para el estudio de las familias, identifica cinco ejes fundamentales para su clasificación, se profundizará en las más relevantes:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales

### 1.1.14.1 Clasificación de las familias con base en el parentesco

Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

Clasificación útil para identificar características de los integrantes de las familias, que influyen en el proceso salud enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco<sup>16</sup>.

Tabla 3. Clasificación de las familias con base a parentesco

<b>Con parentesco</b>	<b>Características</b>
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1-3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.).
<b>Sin parentesco</b>	<b>Características</b>
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etc.

Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar 2005;7(Supl 1):15-19.

### 1.1.14.2 Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia asociada con riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles.

La identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias, también se consideran de importancia en éste rubro<sup>16</sup>.

Tabla 4. Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia

Presencia física en el hogar	Características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc).

Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar 2005;7(Supl 1):15-19.

### 1.1.14.3 Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia

Basada en los medios que son origen esencial de subsistencia. Se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas: agrícolas y pecuarias; industrial, comercial y servicios.

Se determinará la clasificación correspondiente al origen de los recursos aportados por el jefe de familia<sup>16</sup>.

## **1.1.15 Etapas de Ciclo Vital familiar**

### **1.1.15.1 Ciclo evolutivo de la pareja**

Membrillo en su libro Familia Introducción al estudio de sus elementos, menciona que el ciclo evolutivo de la pareja es fundamental para el desarrollo del ciclo de la familia, dado que es esencial y de ahí parte todo lo que se debe desarrollar en el interior del grupo familiar, y que consta de las siguientes etapas<sup>14</sup>:

- Etapa de selección de pareja.
- Etapa de transición y adaptación temprana.
- Etapa de reafirmación como pareja.
- Etapa de diferenciación como pareja.
- Etapa de estabilidad.
- Etapa de enfrentamiento a la muerte de la relación de pareja.

### **1.1.15.2 Ciclo Vital de la Familia**

El CVF se describe como la serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución

Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.

Cada etapa, que tiene a su vez fases y estadios, que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno.

El CVF ayuda a establecer un perfil de riesgo psicosocial, su conocimiento ayuda al Médico Familiar porque le permite prever crisis y anticiparse a sus posibles consecuencias, a la que Hennen llama la “*orientación anticipada*”<sup>17</sup>.

Tabla 6. Etapas del Ciclo vital familiar De Duvall

Etapa	Características
I	Comienzo de la familia (“nido sin usar”)
II	Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)
III	Familias con hijos pre escolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
IV	Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
V	Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
VI	Familias como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hace que lo hace el ultimo)
VII	Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación)
VIII	Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

Suarez Cuba Miguel Angel. El Médico Familiar y la Atención a la Familia. Rev Pacea Med Fam 2006; 3(4): 95-100

La siguiente tabla, muestra la clasificación del ciclo vital familiar según Geyman, clasificación más frecuentemente utilizada<sup>17</sup>.

Tabla 7. Etapas del Ciclo Vital Familiar de Geyman

Fase de matrimonio	Se inicia con el vinculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
Fase de expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”
Fase de dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Fase de independencia	Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
Fase de retiro y muerte	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

Suarez Cuba Miguel Angel. El Médico Familiar y la Atención a la Familia. Rev Pacea Med Fam 2006; 3(4): 95-100



### **1.1.18 Inventario de apoyo a la pareja (IAPP)**

Instrumento creado con la finalidad de evaluar la percepción del apoyo que se recibe y que se da entre la pareja.

Su análisis cobra importancia en el estudio de las elaciones interpersonales u sobre todo en la relación de pareja, por ser ésta el pilar de la familia, y esta última la unidad funcional de las sociedades colectivistas<sup>18</sup>.

El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional da la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja. En ésta las emociones que la invaden generan un involucramiento que promueve un deseo interno y voluntario encaminado a buscar la protección del otro; además, Montagu, Díaz-Guerrero y Sánchez (1975), referidos por Arellano, menciona que con esa relación sentimental, ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro, tanto física, emocional, espiritual y social como cognoscitivamente, mediante la expresión física de afectos y cuidados. De tal modo, el apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida; lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la pareja<sup>18</sup>.

Rhodes (1989), referido por Arellano, define al apoyo como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor.

Díaz Guerrero (1986), referido por Arellano, señala que, cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos (como crisis, problemas laborales o en relación con el cónyuge), busca en general apoyo emocional en el seno familiar y sobre todo en aquella persona que para él desempeña un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza<sup>18</sup>.

Cohen y Wills (1985), referido por Arellano, menciona cuatro tipos de apoyo que se brinda una pareja: el apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral (de estima), de los cuales los dos primeros son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimiento, técnica, método o ayuda al que solicita o necesita el apoyo para que realice una tarea lo mejor posible; los dos últimos estilos de

apoyo son de tipo emocional porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita el apoyo.

Definidoras de apoyo instrumental: ayuda, soporte, unión-vinculación.

Definidoras de apoyo afectivo: amor, comunicación, afecto, seguridad y amigos.

El apoyo positivo, se define como, la ayuda para buscar soluciones que se brinda a la pareja cuando tiene problemas, mediante proporcionarle seguridad, soporte, afecto, amor y mayor comunicación mutua.

El inventario de apoyo para parejas, compuesto de una escala de respuestas de cinco opciones tipo Lickert<sup>18</sup>.

Validez y confiabilidad

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, de donde se obtuvieron tres factores con valor Eigen o propio mayor que uno. Para el primer factor, denominado apoyo positivo, resulto de 22.574; para el segundo, apoyo expresado, fue de 7.618, y para el tercero, apoyo negativo, fue de 6.400. la varianza acumulada fue de 56.28.

Las dimensiones obtenidas mostraron coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach robustos. Para apoyo positivo (apoyo que me da mi pareja) fue de 0.9712, para apoyo expresado fue de 0.9367 y para apoyo negativo fue de 0.8211, que confirman la estabilidad teórica y empírica de los elementos que componen el “apoyo”<sup>18</sup>.

El instrumento final quedó conformado por 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 al apoyo expresado y 8 al apoyo negativo o no apoyo.

Ver Anexo 2

### **1.1.19 Crisis normativas y no normativas**

Una crisis es 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.

Una crisis familiar es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia. Los eventos críticos incrementan la tensión

dentro del grupo familiar, y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar<sup>15</sup>.

Son de dos tipos:

#### **1.1.19.1 Crisis normativas (evolutivas o intrasistémicas)**

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 familia. Transiciones o cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia.

Origina transformaciones en los roles familiares con respecto a las reglas que gobiernan la conducta de los miembros de la familia. Son oportunidades de crecimiento para cada uno de sus miembros al posibilitar la adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones, compromisos intrafamiliares o extrafamiliares<sup>15</sup>.

- Etapa Constitutiva: matrimonio, dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen; cónyuges adolescentes, problemas de adaptación sexual, etc.
- Etapa procreativa: embarazo, diferentes expectativas sobre el embarazo, nacimiento del primer hijo, dificultad para asumir el rol parental, familia con hijos lactantes y preescolares, adolescencia, adaptación escolar, sobreprotección o rechazo a los hijos, etc.
- Etapa de dispersión: separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos, etc.
- Etapa familiar final: padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez, etc.

#### **1.1.19.2 Crisis paranormativas (no normativas o intersistémicas).**

Experiencias adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior, que, generalmente resultan impredecibles para la familia. Ocurren en el interior de la familia, como divorcio, alcoholismo y actividades criminales, ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico, los miembros de la familia presentan dificultades en la comunicación<sup>15</sup>.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El entorno familiar y sobre todo el subsistema conyugal también influye en forma muy importante, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas al climaterio.

Sin embargo, no se ha realizado ningún análisis de esta valiosa información que se obtendrá al aplicar el cuestionario de datos personales y valorar las características sociodemográficas de la usuaria así como el inventario de apoyo a la pareja, en dos grupos de mujeres, en aquellas usuarias de la TRH y en aquellas que han transcurrido con dicha sintomatología sin tratamiento, que acuden a la U.M.F. No 28 Gabriel Mancera.

La importancia de este problema es fundamental porque todas las mujeres van a pasar por esta etapa en su vida, es decir, todas y cada una de las mujeres durante su ciclo como mujer, van a tener la etapa de climaterio y menopausia; y en nuestra sociedad existe una alta proporción que tiene una relación de pareja con o sin hijos (una familia), por eso adquiere mayor importancia que se trate por el personal médico en general, como por la propia mujer, integrando un equipo para que se atienda y reciba atención no sólo médica, sino también psicológica, en general una atención de manera integral, para que en esta etapa tenga la mejor disposición, esté preparada, que tenga el conocimiento para poder decidir si toma o no toma la Terapia de Reemplazo Hormonal y afrontarla su realidad para que este periodo lo vida de una manera exitosa.

El síndrome climatérico afecta a este grupo de mujeres, en promedio a los 47 años, dentro de su magnitud, afecta a todas las mujeres, teniendo por entendido que en México existen 8,195, 864 mujeres tan sólo mayores de 50 años, entonces sabremos que ésta cantidad de mujeres cursarán con distintos grados de severidad de la sintomatología climatérica

Es necesario realizar este estudio, debido a que en la sociedad actual, las mujeres ocupan una mayor proporción que los hombres, todas cursan dicha etapa, especialmente teniendo mayor afección emocional, por lo que el cuidado de la salud no solamente es en el aspecto físico o biológico, sino integral en un aspecto biopsicosocial, y específicamente en éste periodo, lo psicológico y lo social, donde a la mujer le surgen varias ideas y tabúes, y tendrá que prepararse incluso para la senectud.

Es factible, debido a que en la unidad existen 16158 mujeres en el rango de edad en estudio, que acuden a la consulta por distintos padecimientos, incluyendo el síndrome climatérico.

Por tal motivo surge la siguiente interrogante:

**¿Las mujeres con síndrome climatérico usuarias de la TRH tienen un apoyo de la pareja diferente a aquellas mujeres no usuarias?**

Se realizó un estudio en las Unidades de Medicina Familiar de Querétaro, México, de Julio 2004 a Febrero 2005, por Vega M. y colaboradores<sup>24</sup>, donde mencionan que dentro de los factores estudiados que presentaron significancia estadística para presentar sintomatología climatérica, destacan el entorno familiar desfavorable, representado por una alteración en el ambiente familiar y conyugal, donde las quejas más frecuentes de las mujeres fueron la insatisfacción por falta de apoyo familiar y la poca comunicación entre todos sus integrantes, así como el poco tiempo que conviven todos juntos.

Respecto a la relación de pareja también se encontró falta de comunicación, incumplimiento en los roles como pareja e insatisfacción sexual en un gran porcentaje, también destacan las pocas manifestaciones de afecto de sus parejas y la calidad de tiempo dedicadas a la mujer.

### **1.3 JUSTIFICACION**

El estudio del síndrome climatérico en mujeres de 48-59 años usuarias y no usuarias de la TRH, es útil metodológicamente, porque ayuda a definir el concepto del beneficio que existiere del uso o no de la TRH. Con respecto a los aportes que puede tener, debido a que puede mejorar la salud de las mujeres, puede ser útil, por lo que se sugiere su mejor estudio.

El síndrome climatérico es una etapa importante para la calidad de vida de una mujer, debido a que suceden cambios emocionales y no solo biológicos, por la disminución de estrógenos, sino también sociales y psicológicos. La mujer tiene sentimientos de minusvalía, se siente una persona anciana, tiene el pensamiento de dejar de ser útil como

mujer, presenta distintos tabús, ideas diferentes con respecto a este ciclo de su vida, por lo que es de utilidad orientarla, con respecto a los cambios que puede presentar y a las distintas opciones que tiene para llevar a cabo esta etapa, de manera satisfactoria.

Así también, al tener una relación de pareja estable, es de vital relevancia el estudio del apoyo que da la pareja a éstas mujeres, por ser el pilar más importante para el núcleo familiar, debido a que puede presentar dificultades en dicho subsistema, disminuye la frecuencia de relaciones sexuales, disminuye el apetito sexual, además de los cambios físicos de atrofia, las relaciones sexuales pueden ser dolorosas e incluso pueden verse forzadas y traumáticas, por la sintomatología que causa dicho síndrome.

Es de gran utilidad, tanto para el personal médico, como para la paciente, el saber que no solamente se trata en el aspecto biológico, sino psicológico, emocional, y sobre todo familiar, al orientar sobre las distintas crisis por las cuales puede cursar, y que pudiera ser de ayuda el uso de la TRH, en caso de que no existiera contraindicación para su ingesta.

Este estudio, es conveniente, debido a que puede aportarnos al personal de salud, si existiera diferencia en el apoyo que brinda la pareja a estas pacientes, en caso de ser positivo y expresado en aquellas mujeres usuarias de la TRH, en caso de ser así, poder sugerirla con mayor frecuencia en la consulta externa, en caso de ser candidatas, debido a que es una etapa, por la cual no debiera existir tantos tabús e ideas que les dificulte vivirla.

La trascendencia del estudio del apoyo para la pareja en mujeres con síndrome climatérico, beneficia a las mujeres en ésta etapa de la vida, porque es una etapa donde la funcionalidad familiar, conyugal y los serios problemas emocionales, repercuten en su forma de asimilar dicho periodo por el que están cursando; por lo que las pacientes presentan opciones, para vivir dicho periodo, y no sólo el hecho, de sentirse resignadas, al no conocer la existencia del tratamiento para dicha sintomatología; es práctico, debido a que, en caso de no haber contraindicaciones, se puede otorgar en la consulta externa, ayuda a las pacientes a resolver la problemática que le ocasiona la sintomatología, y que ésta a su vez pudiera repercutir en el subsistema conyugal.

Es necesario la realización de este estudio, debido a que se puede mejorar la calidad de vida de éstas mujeres, sin embargo, la información existente con respecto al tema de síndrome climatérico y subsistema conyugal es insuficiente, tanto a nivel internacional como nacional, por lo que se considera imprescindible obtener información de dicho fenómeno en la población de la U.M.F. No 28, IMSS.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el tipo de apoyo a la paciente climatérica por parte de la pareja, en relación a la administración o no de la Terapia de Reemplazo Hormonal, en mujeres con síndrome climatérico de la U.M.F. No 28.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

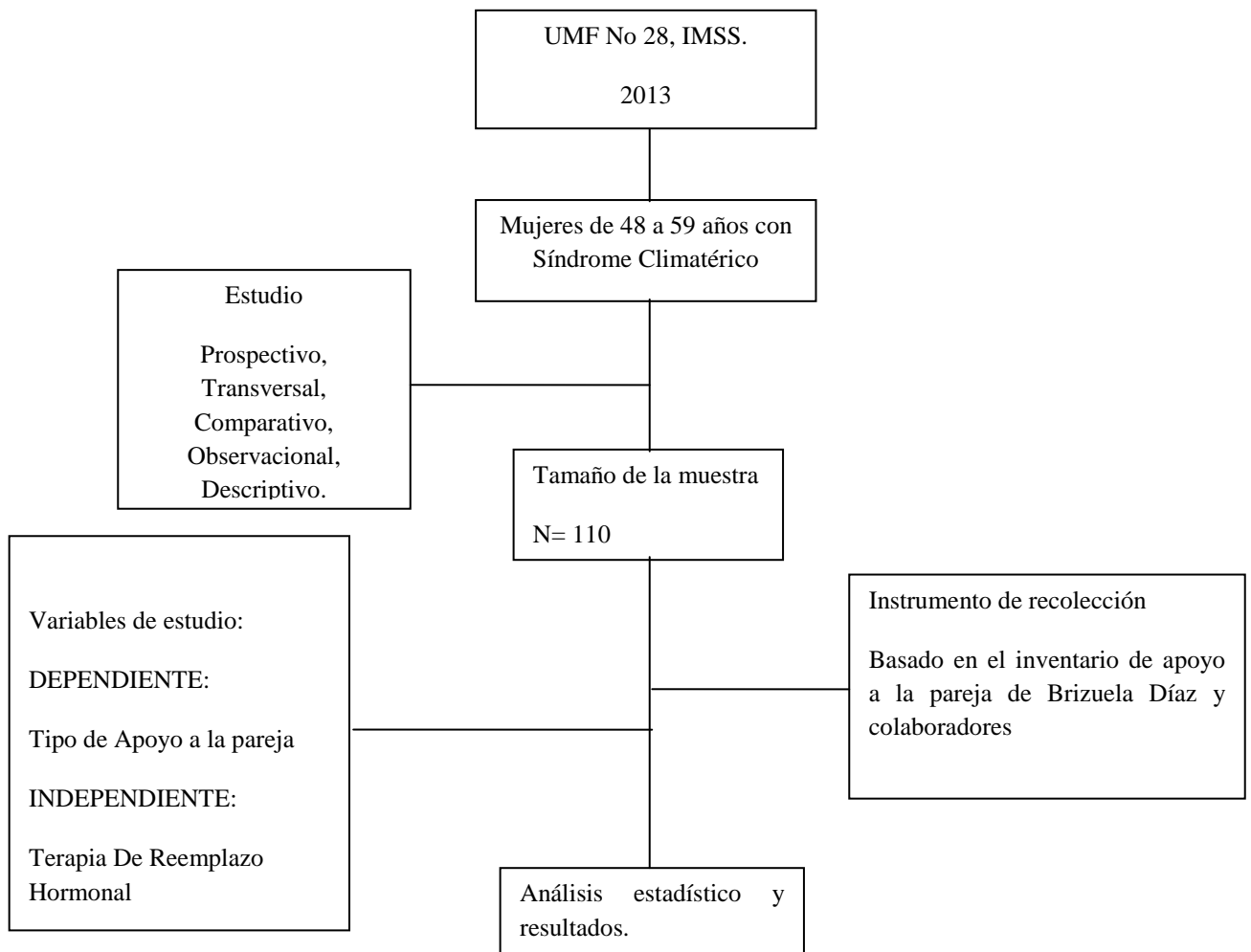
- Determinar las características sociodemográficas en pacientes con Síndrome Climatérico de la UMF No 28
- Determinar la tipología familiar que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres con Síndrome Climatérico de la U.M.F. No 28
- Determinar los síntomas más frecuentes relacionados con el Síndrome Climatérico, en mujeres de 48-59 años de la U.M.F. No 28

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 TIPO DE ESTUDIO

- Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: prospectivo
- Según el número de mediciones de una misma variable o el período y secuencia del estudio: transversal.
- Según la intención del contraste estadístico entre las mediciones: Comparativo
- Según control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: observacional, descriptivo.

### 2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO (ETAPAS GENERALES DEL ESTUDIO).





## **2.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

Posterior a la autorización por el Comité local de investigación número 3702 del Hospital General de Zona No 32, se inicio la recolección de la muestra que formó parte del estudio de Mujeres con Síndrome Climatérico de 48-59 años, de la Unidad de Medicina Familiar No 28, ubicado en Av. Gabriel Mancera 88, esq. San Borja, Col. Del Valle, 03100 Delegación Benito Juárez México, Distrito Federal. En el tiempo comprendido de Enero-Febrero 2013.

## **2.4 MUESTRA**

Muestra no aleatoria, por voluntarios, determinado por 90% de confianza, precisión del 8% y con una variabilidad del 0.5. Tamaño de muestra total mínimo 110.

Tomando como población de referencia las mujeres que están adscritas a la U.M.F. No 28 Gabriel Mancera, de 48-59 años de edad, 16158, el tamaño de la muestra se determinó con las características antes mencionadas dividiendo a las 110 mujeres en dos grupos: 55 mujeres con terapia de reemplazo hormonal y 55 mujeres no usuarias de la terapia.

## **2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Derechohabientes a la UMF No 28
2. Mujeres con edad entre 48 y 59 años.
3. Mujeres que sepan leer y escribir.
4. Capacidad mental y física para responder al cuestionario
5. Tengan pareja o hayan tenido pareja el último año
6. Que hayan recibido o no Terapia de Reemplazo Hormonal
7. Que aceptaran participar en la investigación.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Mujeres que presentan trastornos psiquiátricos.
2. Mujeres con lesión de órganos diana (corazón-riñón-retina).
3. Sangrado Uterino Anormal no diagnosticado.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. No contesten el cuestionario sociodemográfico o el inventario de apoyo a la pareja completo.

## 2.6 VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

Las variables completas se muestran en el anexo 3. A continuación se describen las dos variables fundamentales según su tipo, escala y valores de las mismas, que integran el formato oficial de la ficha de datos generales.

Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Parámetros	Herramienta de medición
Apoyo a la pareja	Cualitativa	Nominal	Factor 1= apoyo positivo Factor 2= apoyo negativo Factor 3= apoyo expresado	Inventario de apoyo a la pareja
Tratamiento Farmacológico	Cualitativa	Nominal	1. Si a. Estrógenos equinos conjugados b. Estrogenos/Medroxiprogesterona c. Clormadinona d. Tibolona e. Otro: _____ 2. No	Terapéutica establecida en la GPC IMSS Atención del Climaterio y Menopausia. 2009

Ver Anexo 3

## 2.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

### **Variable Dependiente:**

- **Conceptual**

Apoyo a la pareja: Toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor

De tal modo, el apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida; lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la pareja.

Apoyo positivo: Alude a conductas destinadas dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo expresado: conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos.

Apoyo negativo: conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este ultimo atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación rechazo y/o indiferencia.

- **Operativa**

El apoyo a la pareja será medido a través del Inventario de Apoyo a la pareja

Para obtener la calificación es necesario:

- a. Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b. sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 o 5) dados por la paciente.

c. el puntaje obtenido es la calificación para ese factor.

d. Comparar el puntaje con el punto medio o puño de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo.

Factor 1: apoyo positivo

Reactivos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 43 y 44. Total: 36 reactivos. Todos en positivo.

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:  $36 \times 3 = 108$  (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 108 puntos indica grado de apoyo positivo. El máximo de puntaje a obtener es de 180 y el mínimo 36. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Factor 2: apoyo negativo

Reactivos: 9, 14, 19, 27, 30, 35, 38, 39. Total: 8 reactivos. Todos en negativo.

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:  $8 \times 3 = 24$  (punto de corte o punto medio). La suma de los puntajes por arriba de 24 puntos indica el grado de apoyo negativo. El máximo de puntaje a obtener es de 40 y el mínimo de 8. A mayor puntaje, se califica como disfuncional esta área.

Factor 3: apoyo expresado.

Reactivos: Del 45-59.

Total: 15 reactivos. Todos en positivo.

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:  $15 \times 3 = 45$  (punto de corte o punto medio). La suma de los puntajes por arriba de 45 puntos indica el grado de apoyo expresado. El máximo de puntaje a obtener es de 75 y el mínimo de 15. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Ver Anexo 3

## Operacionalización de las variables

### Escala de evaluación

<b>APOYO POSITIVO</b>	Reactivos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 43 y 44. Total: 36 reactivos. Todos en positivo.	
	Escala de evaluación	36-72: Muy bajo
		73-108: Bajo
		109-144: Buen apoyo positivo
		145-180: Mucho apoyo positivo
<b>APOYO NEGATIVO</b>	Reactivos: 9, 14, 19, 27, 30, 35, 38, 39. Total: 8 reactivos. Todos en negativo.	
	Escala de evaluación	8-16: Leve disfunción
		17-24: Moderada disfunción
		25-32: Severa disfunción
33-40: Grave disfunción		
<b>APOYO EXPRESADO</b>	Reactivos: Del 45-59.	
	Escala	15-30: Muy bajo
		31-45: Bajo
		46-60: Buen apoyo expresado
61-75: Mucho apoyo expresado		

### Variable Independiente:

- **Conceptual**

Tratamiento Farmacológico del Síndrome Climatérico: Terapéutica de primera opción para el Climaterio, disminuye la frecuencia de síntomas vasomotores de un 80 a un 90%, requiriéndose generalmente poco tiempo de uso, por lo que los riesgos son bajos<sup>3</sup>.

Se ha indicado para aliviar los síntomas relacionados con la transición a la menopausia y el climaterio, principalmente los síntomas vasomotores y los consecutivos a la atrofia del epitelio genito-urinario. Administración de hormonas a mujeres con deficiencia estrogénica, sintomáticas, durante la transición a la menopausia y la posmenopausia.

- **Operativa**

La paciente se encuentra con tratamiento de reemplazo hormonal:

1. Si:

- a. Estrógenos equinos conjugados. b. Estrogenos/Medroxiprogesterona. c. Clormadinona
- d. Tibolona e. Otro: \_\_\_\_\_

2. No

## **2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO**

El propósito estadístico de la investigación es, evaluar el tipo de apoyo para la pareja en mujeres en etapa de síndrome climatérico, comparando dos grupos, el primero de mujeres usuarias de la terapia de reemplazo hormonal y el segundo grupo de pacientes que no están bajo ningún tratamiento para el climaterio. Se realizará una sola medición de las variables. Las variables a medir son el uso de la Terapia de reemplazo hormonal, considerándose cualitativa, con una escala de medición nominal; así como el tipo de apoyo a la pareja, el cual es una variable cualitativa, cuya escala de medición es ordinal, que será medida con el instrumento; y finalmente las Mujeres con síndrome climatérico, que es cualitativa nominal.

Este estudio tendrá una distribución no paramétrica *t* de *student* para variables cuantitativas o su alternativa no paramétrica (U de Mann Whitney y distribución ji cuadrada para variables cualitativas. La muestra es no aleatoria, representativa del grupo de edad de 48-59 años de edad y el tamaño 110.

## **2.9 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizará por medio de entrevistas personales, a través del instrumento conformado por 6 secciones dentro de las cuales se encuentran y valora lo siguiente: consentimiento informado, consentimiento de participación voluntaria, datos de información general, datos de la familia, datos de salud y el inventario de apoyo a la pareja.

Ver Anexo 4

## **2.10 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Se recurrió al censo del Departamento de control de prestaciones, para determinar el número de mujeres con un rango de edad de 48-59 años de edad, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 28, para calcular la muestra se obtuvo la siguiente información: 16158 mujeres.
- En la sala de espera y en consultorios de la consulta externa de la unidad, se identificó a las mujeres con síndrome climatérico que cumplían los criterios de inclusión del estudio.
- Se explicó el objetivo del estudio y se solicitó la participación con firma de la carta de consentimiento de participación voluntaria.
- Se aplicó el Inventario de apoyo a la pareja (IAPP) a la paciente con síndrome climatérico y la encuesta sociodemográfica a mujeres de 48-59 años con sintomatología climatérica, alfabetas, ya que es una encuesta autoaplicable, en un tiempo aproximado de 20 minutos.
- Cuando el administrador de la prueba sospechó que el nivel de lectura era inadecuado, trabajó con la primera pregunta, haciendo que la paciente leyera el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.
- Se confirmó el correcto llenado del instrumento, verificando que no existiera ningún parámetro sin contestar, auxiliando ante cualquier duda.
- Se le indicó a la paciente que debía contestar las preguntas con letra legible, en caso de no poder realizarlo, se procedió a la interrupción de la aplicación del

instrumento. Era de importancia mencionarle que no debía recibir ayuda de otras personas, para evitar sesgos.

- Se informó a la paciente que los datos obtenidos del inventario de apoyo a la pareja y la encuesta sociodemográfica eran confidenciales, con el fin de obtener los resultados lo más fidedignos posible
- Se elaboró una base de datos de las pacientes para almacenar la información obtenida

## **2.11 MANIOBRAS PARA EVITAR SESGO O CONTROLAR SESGOS**

- Se reconoce que existe sesgo de información, debido la naturaleza de la información obtenida depende de integridad y honestidad de la respuesta de las pacientes entrevistadas
- Para controlar los sesgos de medición: No deberá hacerse mención de que el inventario de Apoyo a la pareja, nos indica diferentes resultados con respecto al apoyo positivo, apoyo expresado y apoyo negativo o no apoyo. Hay razones para creer que los resultados pueden verse modificados si se menciona lo anterior, previo a la realización del inventario. El encuestador deberá mencionar: usted deberá completar cada una de las preguntas, en caso de tener dudas sobre la pregunta o las alternativas a escoger, la puedo auxiliar. El encuestador, no deberá discutir ninguna pregunta con la paciente, explicándole que es ella quien deberá buscar su respuesta lo más fidedigna posible. Si la paciente preguntara el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del inventario. El encuestador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta, sea legible y que haya firmado la carta de consentimiento informado.
- Sesgo del análisis. Se realizará el análisis estadístico, conforme a la distribución de los datos, con técnica para análisis cuantitativo y cualitativo.
- Sesgo de selección. Se reconoce que hay sesgo de selección porque la muestra es no aleatoria, aunque sí es representativa por edad.



## 2.12 PRUEBA PILOTO

Se realizará a 10 mujeres con Síndrome Climatérico de 48-59 años de la U.M.F. No 28.

## 2.13 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

### 2.13.1 Plan de codificación de los datos

### 2.13.2 Diseño y construcción de la base de datos

Se utilizará el programa estadístico SPSS\_\_21\_\_ para el sistema operativo Windows.

Nombre de la variable	Tipo N= Numérico S= Cadena (Nombres)	Ancho de la columna		Etiqueta Nombre completo de la Variable	Valores que toma la variable Códigos	Escala de Medición S= Continua o escalar O= Ordinal N=Nominal
		Enteros	Decimales			
P1	N	3	0	1. Número de folio	Número consecutivo de 1 a n	S
P2	N	3	0	2. Edad	No se tomaron en cuenta meses, solamente años y se cuantificaron en números enteros.	S
P3	N	3	0	3. Lugar de Origen	1. Distrito Federal 2. Interior de la República	N
P4	N	3	0	4. Estado Civil	1= Soltera 2= Unión Libre 3= Casada 4= Divorciada 5= Viuda	N
P5	N	3	0	5. Tiempo de relación conyugal	1= menos de 5 años 2= 6-10 años 3= 10-20 años 4= 20-30 años 5= más de 30 años	S
P6	N	3	0	6. Escolaridad	Número total de años de estudio 1= Primaria 2= Secundaria 3= Bachillerato 4= Licenciatura 5= Posgrado	S
P7	N	3	0	7. Empleo u ocupación	1= Ama de casa 2= Jubilada 3= Desempleada 4=Subempleado 5= Obrera 6= Empleado 7= Profesional 8= Artista 9= Comerciante 10= Empresario 11= Directivo 12= Otras ocupaciones	N
P8	N	3	0	8. Tabaquismo	1. Si 2. No	N
P9	N	3	0	9. Alcoholismo	1. Si 2. No	N
P10	N	3	0	10. Lugar de residencia	1. Si 2. No	N
P11	N	3	0	11. Tipo de familia (Composición)	1. Nuclear 2. Extensa 3. Compuesta	N

P12	N	3	0	12. Tiene hijos	1. Si 2. No	N
P13	N	3	0	13. Ciclo vital familiar	1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro y Muerte	N
P14	N	3	0	14. Enfermedades	1. Si 2. No	N
P15	N	3	0	15. Tipo de enfermedad	1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión Arterial Sistémica 3. _____	N
P16	N	3	0	16. Sintomatología de Síndrome Climatérico	1. Si 2. No	N
P17	N	3	0	17. Terapia de Reemplazo Hormonal	1. Si 2. No	N
P18	N	3	0	Mi pareja , con su amistad, me brinda apoyo	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P19	N	3	0	Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P20	N	3	0	Mi pareja escucha mis problemas	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P21	N	3	0	Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P22	N	3	0	Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a si alcance.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P23	N	3	0	Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P24	N	3	0	Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P25	N	3	0	Mi pareja es solidario ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N

				personales		
P26	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me evita.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P27	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él se preocupa.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P28	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me hace ver los pros y los contras de aquellos.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P29	N	3	0	Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P30	N	3	0	Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P31	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me condena	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P32	N	3	0	Mi pareja me apoya dándome amor	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P33	N	3	0	Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P34	N	3	0	Ante una dificultad, mi pareja me dice que "yo puedo resolver cualquier problema personal"	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P35	N	3	0	Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P36	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me juzga.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P37	N	3	0	Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N

P38	N	3	0	Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P39	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me aconseja.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P40	N	3	0	Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P41	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me dice qué debo hacer y qué no.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P42	N	3	0	Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P43	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me cree.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P44	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él se comporta hostil conmigo.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P45	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me acompaña en mi preocupación.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P46	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me dirige en la solución de aquellos.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P47	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me critica.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P48	N	3	0	Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P49	N	3	0	Ante mis conflictos, mi pareja se una a mis preocupaciones.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N

P50	N	3	0	Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P51	N	3	0	Cuando tengo un problema mi pareja se una a la tarea de buscar la mejor solución.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P52	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él es duro conmigo	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P53	N	3	0	Mi pareja me respalda en mis decisiones.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P54	N	3	0	Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P55	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él rechaza mi opción de solución.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P56	N	3	0	Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P57	N	3	0	Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P58	N	3	0	Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él participa en una nueva reformulación de solución al conflicto	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P59	N	3	0	Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P60	N	3	0	Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P61	N	3	0	Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N

P62	N	3	0	62. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P63	N	3	0	63. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P64	N	3	0	Comparto mis problemas con mi pareja	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P65	N	3	0	Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P66	N	3	0	Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P67	N	3	0	A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P68	N	3	0	Comunico mis problemas a mi pareja.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P69	N	3	0	Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P70	N	3	0	Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P71	N	3	0	Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P72	N	3	0	A mi pareja le agradezco cuando me escucha.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P73	N	3	0	Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N

P74	N	3	0	Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P75	N	3	0	Comparto mis conflictos con mi pareja	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N
P76	N	3	0	Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace	N

### 2.13.3 Plan para el análisis estadístico de la información

Los datos se analizarán con estadística descriptiva.

### 2.14 CRONOGRAMA ( ver Anexo 5)

## 2.15 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

### Recursos humanos:

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, Médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 28 “Gabriel Mancera”.

Asesor: Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas, Médico Familiar, Profesor Titular “A”, Coordinación de Investigación, Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México, Director de Tesis.

### Recursos materiales:

Para la investigación se contara con una computadora HP minilaptop 2011 con Windows Vista, USB de 8 GB, para almacenar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir la encuesta del inventario de apoyo a la pareja (IAPP), encuesta sociodemográfica y carta de consentimiento, lápices y borradores.

**Recursos Físicos:**

Se utilizará la sala de espera y los consultorios de consulta externa de la Unidad de Medicina familiar Núm. 28. Para la aplicación de las encuestas.

**Recursos Financieros:**

Los gastos en general se absorberán por el residente investigador de segundo año de medicina familiar.

**2. 16 CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente protocolo de investigación obedece a la Declaración de Helsinki de 1975 en su versión de 1983 de la Asociación Médica Mundial y normas de ética que marca el Comité Institucional.

Cumple con las normas establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1987.

En donde se clasifica esta investigación como riesgo tipo I: investigación sin riesgo, según lo dictado en el Título segundo, capítulo 1, artículo 17, “investigación sin riesgo, son aquellos que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en aquellos en los que no realiza alguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se encuentran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifique no se traten aspectos sensitivos a su conducta”.

Se integra la carta de consentimiento informado de protocolo de investigación de acuerdo a la Ley General de salud Artículo 100 Fracción IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestaciones de servicios médicos Artículo 80 y 81.

NOM-168-SSA-1998 de Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.11.

De acuerdo a lo anterior se elabora la carta de consentimiento informado.

Ver Anexo 6



### 3. Resultados

#### 3.1 Edad de las pacientes

La edad promedio de las pacientes entrevistadas fue de 52.9 años  $\pm$  3.74, la mujer con menor edad tuvo 48 años y la mayor 59. En la tabla 8 se muestran las frecuencias de las edades y se observa que la mujer con mayor edad fue 49 años, siendo 23 pacientes, conformando un porcentaje del 20.5%.

Tabla 8. Edad de la paciente

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
48	6	5.4
49	23	20.5
50	14	12.5
51	6	5.4
52	13	11.6
53	3	2.7
54	10	8.9
55	5	4.5
56	4	3.6
57	4	3.6
58	11	9.8
59	13	11.6
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>

Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

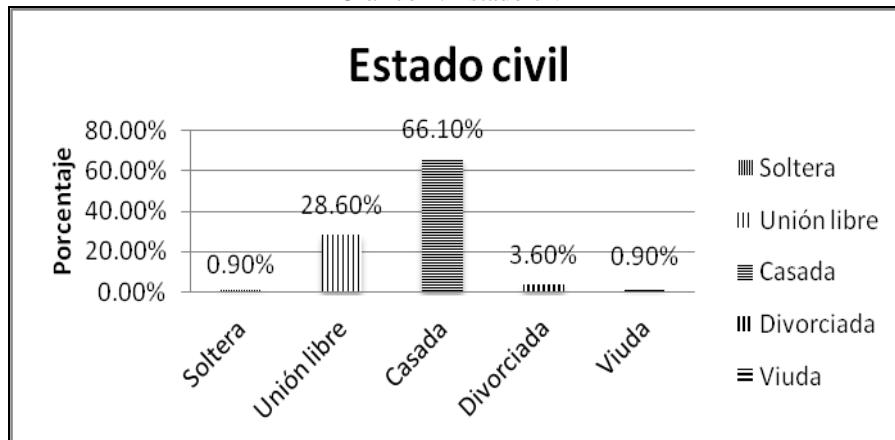
#### 3.2 Lugar de origen

En cuanto a la variable de lugar de origen, 88 pacientes fueron del Distrito Federal, formando el 78.6% de la población encuestada y 24 pacientes fueron del Interior de la República, siendo el 21.4%.

### 3.3 Estado civil

El estado civil que se presentó con mayor frecuencia en las pacientes entrevistadas, es el de casadas, en un 66%, siendo 74 mujeres. En el gráfico 1 se muestran las frecuencias del resto de los estados civiles encontrados en el estudio.

Gráfico 1. Estado civil

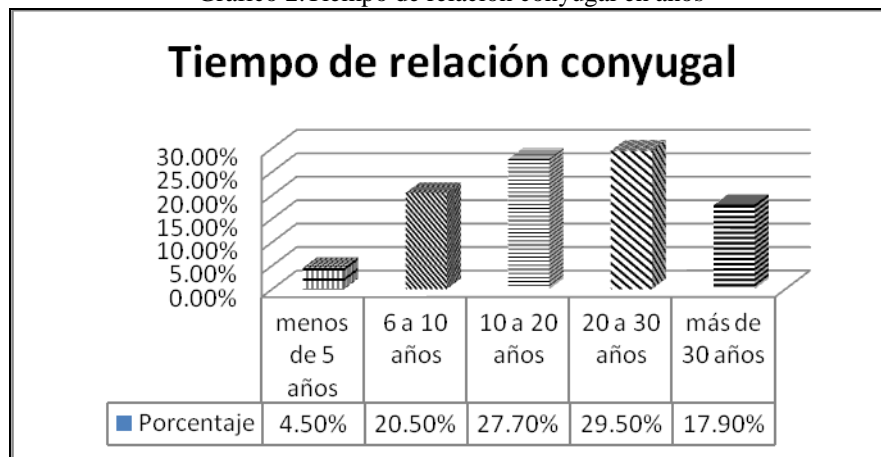


Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

### 3.4 Tiempo de relación conyugal

Respecto al tiempo de relación conyugal que tuvieron las pacientes entrevistadas, se encontró que predominaron las pacientes con una duración de 20 a 30 años con su pareja (29%). En el gráfico 2 se muestran los porcentajes de la duración según rango y se observa que la menor está conformada por aquellas mujeres que su relación actual tuvo menos de 5 años, con un 4%.

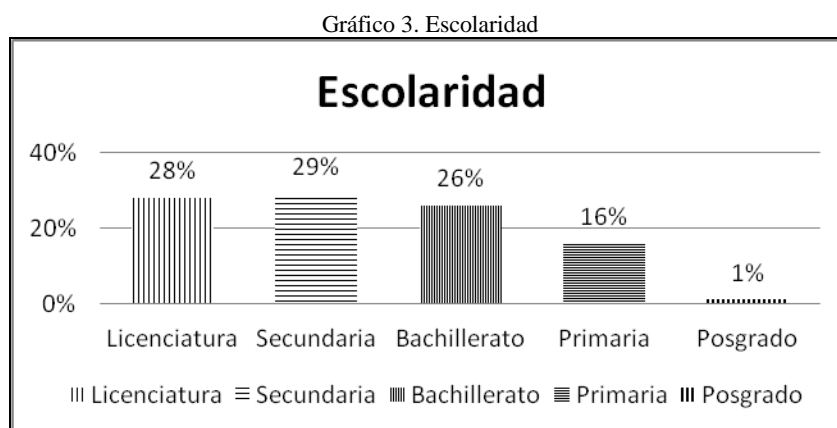
Gráfico 2. Tiempo de relación conyugal en años



Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

### 3.5 Escolaridad

La escolaridad que se presentó con mayor frecuencia en las pacientes entrevistadas fue la Secundaria en un 29%, seguido de Licenciatura con un 28%. En el gráfico 3, se presenta la distribución del resto de grado escolar que predominó en la población del estudio.



Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

### 3.6 Ocupación

En cuanto a la ocupación, se presentó con mayor frecuencia el ser ama de casa, en 48 pacientes, con un porcentaje del 42.9%, del total de la población estudiada. En la tabla 9 se muestran las frecuencias de las diferentes ocupaciones encontradas, quedando en segundo lugar el ser profesionista con un 16.1%, seguida de empleada con un 14.3 %, recordando que el estudio se realizó en la zona sur del distrito federal.

Tabla 9. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ama de casa</b>	<b>48</b>	<b>42.9</b>
Profesionista	18	16.1
Empleada	16	14.3
Jubilada	15	13.4
Obrera	4	3.6
Comerciante	4	3.6
Empresaria	4	3.6
Desempleada	1	0.9
Subempleada	1	0.9
Directiva	1	0.9
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

### 3.7 Tabaquismo

Las mujeres con síndrome climatérico estudiadas, presentaron tabaquismo en un 43.8%, y el resto correspondiente al 56.3%, no fumaron.

### 3.8 Alcoholismo.

Con respecto al alcoholismo, el 35.7% tomaron alcohol y el 64.3% no lo hicieron.

### 3.9 Características familiares

Respecto a las características familiares, que tuvieron las pacientes del estudio realizado, en cuanto a su demografía, el 84.8% habitaron en la ciudad; el 75.9% de las pacientes pertenecieron a una familia nuclear; en cuanto a su descendencia el 92% de las pacientes tuvieron hijos y la etapa de ciclo vital que se presentó con mayor frecuencia fue la dispersión en un 40.2%. A continuación, en la tabla 10, se presentan el resto de las características familiares que no fueron las que predominaron en la población estudiada.

Tabla 10. Características familiares

		Frecuencia	Porcentaje
Demografía	Urbana	95	84.8
	Rural	17	15.2
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>
Composición	Nuclear	85	75.9
	Extensa	19	17.0
	Compuesta	8	7.1
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>
Descendencia	Si	103	92.0
	No	9	8.0
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>
Etapa	Matrimonio	9	8.0
	Expansión	8	7.1
	Dispersión	45	40.2
	Independencia	18	16.1
	Retiro y muerte	32	28.6
	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>

Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

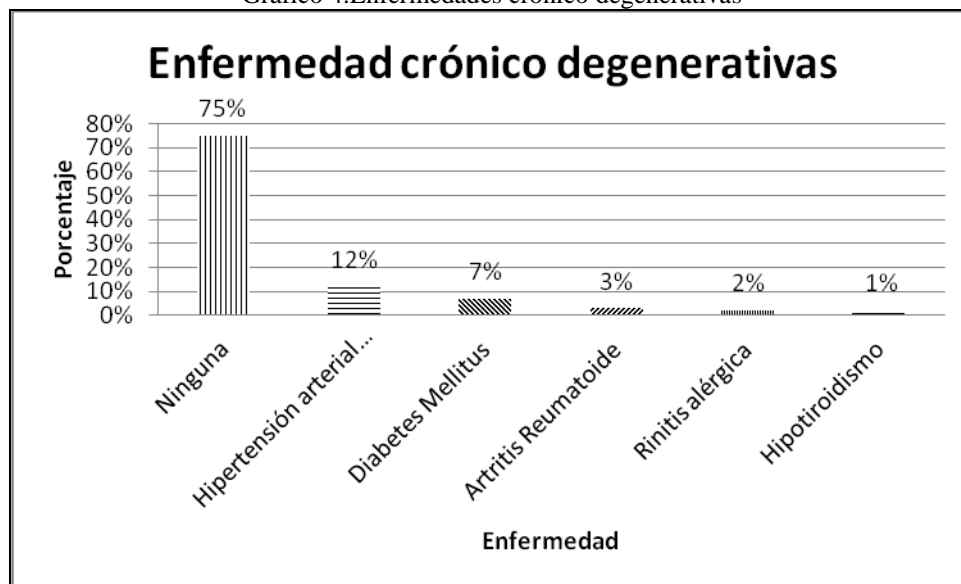
### 3.10. Patologías de base. Padece alguna enfermedad.

En cuanto a la presencia de patologías de base, el 74.1% de las mujeres incluidas en este estudio, fueron sanas; el restante 25.9% padecieron alguna enfermedad.

### 3.11. Enfermedades Crónico degenerativas

En cuanto a las enfermedades crónicas degenerativas, que se presentaron con mayor frecuencia en primer lugar se encontró la Hipertensión arterial sistémica, ya que afecta al 12% de las pacientes, seguido de la Diabetes Mellitus en un 7%. En el gráfico número 4, se muestran los porcentajes obtenidos de otras patologías que presentaron las pacientes.

Gráfico 4. Enfermedades crónico degenerativas



Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

### 3.12 Sintomatología Climatérica

La sintomatología climatérica, se presentó en un 72.3% en las pacientes, por lo que el resto, 27.7%, no presentaron dichos síntomas.

### 3.13 Cuadro clínico

Con respecto al cuadro clínico, del 100% de las pacientes, 19.6% de ellas presentó fatiga y 80.4% no; 12.5%, presentaron piel seca; irritabilidad en un 28.6%, la disminución en el deseo sexual, se presentó en un 19.6%; los bochornos en un 33%, el dolor de cabeza en un 39.3% y finalmente el insomnio se presenta en un 29.5% de las pacientes. Concluyendo que el síntoma que se presentó con mayor frecuencia es la cefalea, seguida de los bochornos. En la tabla 11, se muestran las frecuencias, del resto de la sintomatología climatérica.

Tabla 11. Cuadro clínico de las mujeres con síndrome climatérico

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Fatiga</b>	Si	22	19.6
	No	90	80.4
	Total	112	100.0
<b>Piel Seca</b>	Si	14	12.5
	No	98	87.5
	Total	112	100.0
<b>Irritabilidad</b>	Si	32	28.6
	No	80	71.4
	Total	112	100.0
<b>Disminución del deseo Sexual</b>	Si	22	19.6
	No	90	80.4
	Total	112	100.0
<b>Bochornos</b>	Si	37	33.0
	No	75	67.0
	Total	112	100.0
<b>Dolor de cabeza</b>	Si	44	39.3
	No	68	60.7
	Total	112	100.0
<b>Insomnio</b>	Si	33	29.5
	No	79	70.5
	Total	112	100.0

Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

La sintomatología que anteriormente se mencionó, se presentó en la población en general, a continuación, se muestra una tabla donde se comparan los síntomas climatéricos presentados en aquellas usuarias y no usuarias de la terapia de reemplazo hormonal. En usuarias de la terapia, el síntoma que se presentó con mayor frecuencia es el dolor de cabeza, al igual que en aquellas no usuarias; sin embargo, se observa que a pesar, de que es el mismo síntoma, en general la sintomatología climatérica, disminuyó en un 43.66% en aquellas usuarias de la terapia, así como el síntoma que se presentó con tendencia a la disminución fue el insomnio. En la tabla 12, se presenta la frecuencia de cada uno de los síntomas climatéricos de una manera comparativa.

Tabla 12. Cuadro clínico comparativo de usuarias de terapia de reemplazo hormonal

Síntomas	Usuarias de terapia de reemplazo hormonal		Total
	Si	No	
<b>Fatiga</b>	7	15	22
<b>Piel seca</b>	5	9	14
<b>Irritabilidad</b>	11	21	32
<b>Disminución del deseo sexual</b>	4	18	22
<b>Bochornos</b>	9	28	37
<b>Dolor de cabeza</b>	14	30	44
<b>Insomnio</b>	12	21	33
Total	62	142	204

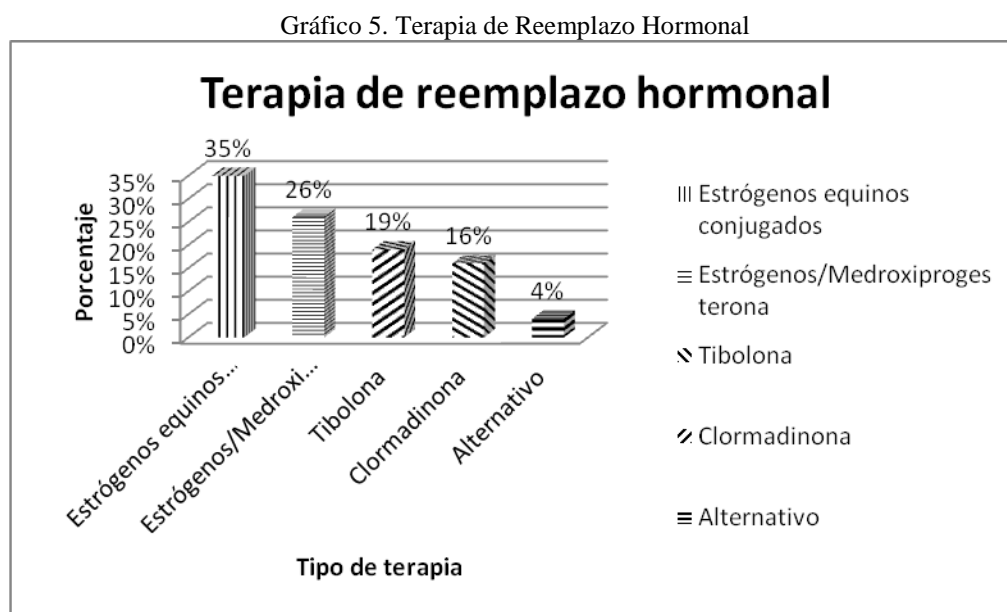
Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

### 3.14 Usuarias de Terapia de Reemplazo Hormonal

En cuanto al uso de terapia de reemplazo hormonal, 55 pacientes, no usaron terapia que constituyen el 49.1% y el 50.9%, siendo 57 pacientes, fueron usuarias de la terapia de sustitución.

### 3.15 Terapia de Reemplazo Hormonal

En la variable Terapia de reemplazo hormonal, de las 57 usuarias, podemos observar que la terapia más utilizada fueron los estrógenos equinos conjugados en un 35%, seguido de los Estrógenos con Medroxiprogesterona. A continuación se presenta en la tabla 12, otros tipos de terapia utilizados.



Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

### 3.16 Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico comparativo en usuarias y no usuarias de la terapia de reemplazo hormonal

Al analizar las puntuaciones para todas las mujeres estudiadas, respecto al apoyo positivo se encontró una media global de 134.321 lo cual corresponde a un buen apoyo positivo. En cuanto al apoyo negativo la media global fue de 17.875 (moderada disfunción) y en el apoyo expresado 56.357, que corresponde a buen apoyo expresado. Al comparar las puntuaciones según las mujeres que llevaron TRH contra las que no, las puntuaciones fueron, con respecto al apoyo positivo en usuarias de la TRH de 145.491 (mucho apoyo positivo) y no usuarias 122.745 (buen apoyo positivo); así como en el apoyo negativo en usuarias fue de 14.807 (leve disfunción) y no usuarias de 21.055 (moderada disfunción),



y en el apoyo expresado, fue en usuarias, 58.895 y no usuarias, 53.727, correspondiendo en ambos casos a buen apoyo expresado.

A continuación se muestra en la tabla 13 las puntuaciones comparativas, con respecto al uso de terapia de reemplazo hormonal.

Tabla 12. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico comparativo en usuarias y no usuarias de la terapia de reemplazo hormonal

Estadísticos descriptivos						
Usuarías de terapia de reemplazo hormonal		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Si	Apoyo positivo	57	60.0	179.0	145.491	32.1026
	Apoyo negativo	57	8.0	35.0	14.807	7.5580
	Apoyo expresado	57	32.0	70.0	58.895	9.2305
	N válido (según lista)	57				
No	Apoyo positivo	55	36.0	180.0	122.745	41.4059
	Apoyo negativo	55	8.0	36.0	21.055	8.0379
	Apoyo expresado	55	18.0	75.0	53.727	13.8824
	N válido (según lista)	55				

Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

La distribución no fue normal, por lo que, para comparar los dos grupos de mujeres se usó una prueba no paramétrica (prueba estadística U de Mann-Whitney) y se encontró que hubo diferencias significativas en los primeros dos grupos, en favor de las mujeres con TRH para el del apoyo positivo y negativo, teniendo una puntuación y valor de probabilidad, para el apoyo positivo 0.003 y el apoyo negativo 0.000; no se encontraron diferencias en el apoyo expresado cuya puntuación y valor de probabilidad fue de 0.062, sus puntajes fueron semejantes.

Tabla 13. Prueba estadística U de Mann-Whitney para el apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>			
	Apoyo positivo	Apoyo negativo	Apoyo expresado
U de Mann-Whitney	1050.000	803.000	1247.500
W de Wilcoxon	2590.000	2456.000	2787.500
Z	-3.013	-4.459	-1.868
Sig. asintót. (bilateral)	.003	.000	.062

a. Variable de agrupación: Usuarías de terapia de reemplazo hormonal

Instrumento de Aplicación. Apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico

## 4. Discusión

En la revista médica Ginecología y obstetricia de México, Muñoz, publica en el 2013, un estudio descriptivo y transversal, realizado en Aguascalientes, efectuado en 688 pacientes atendidas en la clínica del climaterio, de quienes se eliminaron 98 por no cumplir con todos los criterios para el análisis de los trastornos metabólicos, estudiando a mujeres de 40 a 59 años de edad, con un nivel de significación estadística de  $p < 0.05$ , cuyo objetivo del estudio era el identificar las enfermedades crónico degenerativas, que se presentaban con mayor frecuencia, cuyas principales variables fueron la determinación sérica de glucosa y lípidos, peso, estatura, diámetro cintura cadera.

En dicho estudio se obtuvieron como resultados, con respecto a la edad promedio en que se presentó la menopausia fue de 47.5 años, en comparación con dicho estudio, en éste, la edad que se presentó con mayor frecuencia fue de 49 años, la cual es semejante. Con respecto a las patologías crónico degenerativas que ellos encontraron fue sobrepeso y obesidad (66%), dislipidemia (59%), hipertensión (22%) y diabetes (19%).

En comparación con dicho estudio, en éste estudio, no se incluyó variables como el peso y la cuantificación de lípidos, sin embargo, también se puede observar que en las pacientes que padecieron alguna patología, se presentó de manera predominante la Hipertensión arterial sistémica, en un 12%, la cual por lo anteriormente mencionado, se considera difícil, de definir su similitud con dicho estudio, ya que no fueron las mismas variables, solo la Hipertensión y la Diabetes Mellitus, que, comparando esas dos variables, y predominando la Hipertensión, serían semejantes en ambos estudios.

En cuanto al estado civil, en la revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, Cruz, en el 2012, publico con sus colaboradores, un artículo, donde Se realizó un estudio descriptivo transversal, prospectivo, la población de estudio se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico, fue una muestra de 499 derechohabientes mujeres que cumplieron los criterios de selección: personas con síntomas de climaterio de 45 a 59 años de edad (intervalo de edad correspondiente a presentación del síndrome climatérico) que acudieron a consulta externa de medicina familiar de la UMF 11 y HGZ 1 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Tapachula, Chiapas; sin presentación de patología cronicodegenerativa o psiquiátrica.

El objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida que presenta una población femenina en etapa de climaterio que asiste a consulta externa. En tal estudio predominaron las mujeres casadas en un 55.1%, comparadas con el estudio actual, también predominó el estado civil de casada en un 66.10%, cuya frecuencia se semejante al estudio de Chiapas. Con respecto a la estructura familiar en el estudio de Chiapas, el 90% de las familias son nucleares, siendo semejante en el estudio actual, debido a que también fue la estructura familiar, que predominó en un 75.9%.

En cuanto a la variable de ocupación, en dicho estudio predominaron las amas de casa en 64.7%, comparando con ésta investigación, se observó que es semejante, debido a que es la ocupación que predomina en la población estudiada con un 42.9%.

En cuanto a las al resto de las características familiares, no existe algún estudio donde relacione dicha variable, con el síndrome climatérico, sin embargo, en la revista médica, Archivos de investigación materno-infantil, Gómez, en el 2011, realizó junto a sus colaboradores, un estudio de tipo observacional, longitudinal y descriptivo con mujeres en etapa de climaterio del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini que acuden a la consulta externa de Ginecología en un periodo de 10 meses, en mujeres de 40 a 55 años, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados de las alteraciones sexuales en mujeres durante el climaterio. En donde, Gómez refiere: “El entorno familiar también influye de manera importante, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas al climaterio”<sup>19</sup>. Situación que, al no encontrar datos compatibles, con las variables estudiadas en ésta investigación, como las que predominaron, ser familias urbanas, en etapa de dispersión del ciclo vital familiar, se concluye, que el entorno que vive mujer en el síndrome climatérico, como lo es las características familiares, y específicamente si presentan algún tipo de crisis, puede influir en la forma de vivir dicha etapa.

Con respecto a la variable, duración de la relación conyugal, no se encontraron estudios recientes para su comparación.

En cuanto al tabaquismo, en la revista chilena de Obstetricia y Ginecología, Vega, en el 2007, realizó junto a sus colaboradores, un estudio comparativo en mujeres con menopausia que acudieron como acompañantes a las Unidades de Medicina Familiar de

Querétaro, México. De Julio 2004 a Febrero 2005. Se formaron dos grupos: sin y con sintomatología del climaterio. El objetivo de dicho estudio fue determinar las características del entorno familiar y actitud frente a la menopausia y su influencia en el síndrome climatérico. Obtuvo como resultados que el 27.6% de las pacientes tenían tabaquismo positivo, comparándolo la investigación actual, tiene una diferencia importante, ya que la población encuestada, presentó tabaquismo positivo en un 43.8%. Por otro lado, el alcoholismo, en el estudio mencionado, se presentó en 22.3%, en la población estudiada en esta ocasión, presentó alcoholismo el 35.7%, presentando una pequeña diferencia.

En la variable de cuadro clínico, en el estudio previamente mencionado del autor Cruz y colaboradores, en el 2012, encontraron que la de mayor predominio es la sintomatología de vasoespasmo, como los bochornos, seguida del insomnio e irritabilidad, resultados que presentan pequeña diferencia con los resultados que obtuvimos en esta investigación debido a que predominaron la cefalea, los bochornos y el insomnio, quedando en cuarto lugar la irritabilidad.

#### **4.1 Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar.**

Se considera un estudio útil, debido a que contamos, con diferentes opciones para la terapia de reemplazo hormonal, ya sea indicado por primer nivel o por segundo nivel. Así también es trascendente, debido a que el climaterio es una etapa donde la funcionalidad familiar, conyugal y los serios problemas emocionales, repercuten en su forma de asimilar dicho periodo por el que están cursando; por lo que al tener los resultados obtenidos en éste estudio, se puede orientar a las pacientes sobre las diferentes opciones que tienen, para vivir dicho periodo, y no sólo el hecho, de sentirse resignadas.

Por lo que se considera que debería de realizarse una valoración integral a cada mujer en ésta etapa de la vida, no sólo por el área médica, sino también por trabajo social, enfermería e incluso psicología, para su mejor adaptación.

## **5. Conclusiones**

En este trabajo se concluye que la terapia de reemplazo hormonal favoreció en las puntuaciones de apoyo conyugal obtenidas por las mujeres tanto en los aspectos positivos (mayor puntuación) como en los negativos (menor puntuación).

Con el instrumento utilizado logró observarse como limitación, que es un instrumento extenso, demanda mucho tiempo y atención, poco confiable, por la existencia de sesgos de memoria y de magnitud por la autopercepción de la sintomatología, debido a que, como fue un instrumento en el cual se orientaba a la paciente, y al no contar con completa privacidad (sala de consulta externa), se desconoce si las pacientes contestaban de manera verídica.

También pudo haber existido un sesgo, en cuanto a la aplicación del instrumento, ya que se realizó una capacitación al personal de asistente médicas, sin embargo, hubo personal que no fue capacitada por la autora del proyecto, por lo cual pudo haber influido en los resultados.

En el estudio Women's Health Initiative en el 2002, menciona los riesgos que pueden existir, con respecto al uso de la terapia de reemplazo hormonal, con respecto al accidente cerebrovascular, enfermedad tromboembólica y el cáncer de mama, sin embargo, refiere que dichos riesgos disminuyen con el uso de fármacos a bajas dosis y con una duración menor de 5 años. Por lo que, al tener a una paciente con síndrome climatérico, deberá evaluarse de manera integral, descartando factores de riesgo para la administración de la terapia, y sobre todo orientarla, sobre sus opciones, para vivir dicha etapa. Ya que al ser una etapa con alteraciones, no solo en el ámbito biológico, sino de predominio psicológico y social, y al considerarse una etapa de la vida, donde también cursa con distintas crisis al interior de la familia, como lo es enfrentarse a una fase de independencia o de retiro y muerte, es de vital importancia, contar con el apoyo de su pareja, debido a que se considera el pilar más importante para la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas al climaterio.

De ésta manera, con los resultados obtenidos en éste estudio, y haciendo hincapié en la selección adecuada de la paciente, se le podrá orientar, de una manera más abierta, sobre las distintas opciones que tiene sobre su tratamiento, para vivir ésta etapa de manera exitosa y no lo contrario, ya que existen distintos ideales e incluso tabúes sobre la menopausia, ya que como se observó en los resultados la sintomatología en general disminuyó en aquellas usuarias de la terapia, lo que en forma indirecta, influye en la relación no sólo con su pareja, sino con el resto de la familia, al mejorar, la sintomatología de vasoespasmo, la irritabilidad, mejora el funcionamiento sexual, etc. Así también se identificó en las pacientes usuarias de la terapia de reemplazo hormonal, la presencia de mejoría significativa en el apoyo positivo y negativo, en comparación con aquellas no usuarias, lo cual influye en la relación conyugal, de manera positiva en general, al tener mejor comunicación y como consecuencia mejor equilibrio en las esferas psicológica y social, por lo que se concluye en general, que la la terapia de reemplazo hormonal, sí funcionó para el apoyo a la pareja en mujeres con síndrome climatérico. Finalmente, la terapia de reemplazo hormonal, mostró diferencias significativas en favor de aquellas mujeres que usaron el tratamiento, tanto en el apoyo positivo como en el negativo y no en el expresado.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### MODIFICACIONES INDICADAS POR EL SIRELCIS

**En respuesta a los comentarios del evaluador 1, se realizan los siguientes cambios a la estructura del protocolo de investigación:**

- En relación al tamaño de la muestra se definirá considerando un solo grupo de edad y buscando un par por edad, es decir, para cada mujer que este en ese rango de edad que tenga tratamiento hormonal su comparación se realizará con otra mujer con la misma edad pero sin terapia de reemplazo. Este procedimiento elimina el sesgo de la edad que los revisores sostienen. En la metodología se plantea entonces que para cada mujer existirá una semejante por edad aunque no para la terapia hormonal. Por lo cual quedará la muestra de la siguiente manera:

#### 2.4 MUESTRA

Muestra no aleatoria, por voluntarios, determinado por 90% de confianza, precisión del 8% y con una variabilidad del 0.5. Tamaño de muestra total mínimo 110.

Tomando como población de referencia las mujeres que están adscritas a la U.M.F. No 28 Gabriel Mancera, de 48-59 años de edad, 16158, el tamaño de la muestra se determinó por los siguientes parámetros, con esta cifra, el número a determinar son 110 mujeres, 55 mujeres con terapia de reemplazo hormonal y 55 mujeres no usuarias de la terapia.

(Ver página 45)



## ANEXO 2

### INVENTARIO DE APOYO A LA PAREJA

Nunca lo hace	Rara vez lo hace	Algunas veces lo hace	Muchas veces lo hace	Siempre lo hace
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5
P	1. Mi pareja , con su amistad, me brinda apoyo					
P	2. Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo					
P	3. Mi pareja escucha mis problemas					
P	4. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta.					
P	5. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a si alcance.					
P	6. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad					
P	7. Ante mis conflictos personales, mi pareja m brinda sostén emocional.					
P	8. Mi pareja es solidario ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales					
N	9. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me evita.					
P	10. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él se preocupa.					
P	11. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me hace ver los pros y los contras de aquellos.					
P	12. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo.					
P	13. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas					
N	14. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me condena					
P	15. Mi pareja me apoya dándome amor					
P	16. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.					
P	17. Ante una dificultad, mi pareja me dice que “yo puedo resolver cualquier problema personal”					
P	18. Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere.					
N	19. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me juzga.					
P	20. Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas					
P	21. Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento					
P	22. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me aconseja.					
P	23. Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución.					
P	24. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me dice qué debo hacer y qué no.					
P	25. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.					
P	26. Cuando le platico mis problemas a m pareja, él me cree.					
N	27. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él se comporta hostil conmigo.					
P	28. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me acompaña en mi preocupación.					
P	29. Cuando le patico mis problemas a mi pareja, él me dirige en la solución de aquellos.					
N	30. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me critica.					
P	31. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema					
P	32. Ante mis conflictos, mi pareja se una a mis preocupaciones.					
P	33. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.					
P	34. Cuando tengo un problema mi pareja se una a la tarea de buscar la mejor solución.					
N	35. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él es duro conmigo					
P	36. Mi pareja me respalda en mis decisiones.					
P	37. Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional.					
N	38. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él rechaza mi opción de solución.					
N	39. Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.					
P	40. Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela.					
P	41. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él participa en una nueva reformulación de solución al conflicto					
P	42. Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones.					
P	43. Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución.					
P	44. Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable.					

En esta segunda parte marque con una X el número que mejor representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos. Por favor, sea lo más honesta posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. Gracias.

E	45. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío					
E	46. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras.					
E	47. Comparto mis problemas con mi pareja					
E	48. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.					
E	49. Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión.					
E	50. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.					
E	51. Comunico mis problemas a mi pareja.					
E	52. Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía.					
E	53. Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.					
E	54. Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen.					
E	55. A mi pareja le agradezco cuando me escucha.					
E	56. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.					
E	57. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.					
E	58. Comparto mis conflictos con mi pareja					
E	59. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.					

Arellano López Jorge, et al. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México D.F. Editorial Pax México. 2006. pp 183-199

### ANEXO 3

#### VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

Nombre completo de la Variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Valores que toma la variable o códigos
1. Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n
2. Edad	Cuantitativo	Continua	No se tomaron en cuenta meses, solamente años y se cuantificaron en números enteros.
3. Lugar de Origen	Cualitativa	Nominal	1. Distrito Federal 2. Interior de la República
4. Estado Civil	Cualitativo	Nominal (textual)	1= Soltera 2= Unión Libre 3= Casada 4= Divorciada 5= Viuda
5. Tiempo de relación conyugal	Cuantitativo	Continua	1= menos de 5 años 2= 6-10 años 3= 10-20 años 4= 20-30 años 5= más de 30 años
6. Escolaridad	Cuantitativo	Continua	Número total de años de estudio 1= Primaria 2= Secundaria 3= Bachillerato 4= Licenciatura 5= Posgrado
7. Empleo u ocupación	Cualitativa	Nominal (textual)	1= Ama de casa 2= Jubilada 3= Desempleada 4=Subempleado 5= Obrera 6= Empleado 7= Profesional 8= Artista 9= Comerciante 10= Empresario 11= Directivo 12= Otras ocupaciones
8. Tabaquismo	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. Si 2. No
9. Alcoholismo	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. Si 2. No
10. Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. Si 2. No
11. Tipo de familia (Composición)	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nuclear 2. Extensa 3. Compuesta
12. Tiene hijos	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. Si 2. No
13. Ciclo vital familiar	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia 5. Retiro y Muerte
14. Enfermedades	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. Si 2. No
15. Tipo de enfermedad	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión Arterial Sistémica 3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 4. _____

16. Sintomatología de Síndrome Climatérico	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. Si 2. No
17. Terapia de Reemplazo Hormonal	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1. Si 2. No
18. Mi pareja , con su amistad, me brinda apoyo	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
19. Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
20. Mi pareja escucha mis problemas	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
21. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
22. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
23. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
24. Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
25. Mi pareja es solidario ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
26. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me evita.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
27. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él se preocupa.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
28. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me hace ver los pros y los contras de aquellos.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace

29. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
30. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
31. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me condena	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
32. Mi pareja me apoya dándome amor	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
33. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
34. Ante una dificultad, mi pareja me dice que “yo puedo resolver cualquier problema personal”	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
35. Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
36. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me juzga.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
37. Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
38. Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
39. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me aconseja.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
40. Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace

41. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me dice qué debo hacer y qué no.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
42. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
43. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me cree.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
44. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él se comporta hostil conmigo.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
45. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me acompaña en mi preocupación.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
46. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me dirige en la solución de aquellos.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
47. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me critica.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
48. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
49. Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
50. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
51. Cuando tengo un problema mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
52. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él es duro conmigo	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace

53. Mi pareja me respalda en mis decisiones.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
54. Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
55. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él rechaza mi opción de solución.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
56. Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
57. Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
58. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él participa en una nueva reformulación de solución al conflicto	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
59. Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
60. Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
61. Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
62. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
63. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
64. Comparto mis problemas con mi pareja	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace

65. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
66. Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
67. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
68. Comunico mis problemas a mi pareja.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
69. Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
70. Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
71. Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
72. A mi pareja le agradezco cuando me escucha.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
73. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
74. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
75. Comparto mis conflictos con mi pareja	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace
76. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.	Cualitativa	Nominal (textual)	1. Nunca lo hace 2. Rara vez lo hace 3. Algunas veces lo hace 4. Muchas veces lo hace 5. Siempre lo hace





## ANEXO 4

### INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

#### Unidad de Medicina Familiar No 28



### Apoyo a la Pareja en Mujeres con Síndrome Climatérico

#### Sección 1: Consentimiento de Participación Voluntaria

1. Folio:

Estimada señora el presenta es una investigación autorizada por la clínica, cuyo objetivo es investigar algunos aspectos de su relación con su pareja y que vive en su etapa actual. Es un cuestionario que tiene 76 preguntas, que aproximadamente se aplica en 20 min, y que únicamente requiere que responda con honestidad y veracidad, si alguna pregunta le molesta o hiere sus sentimientos personales, puede usted dejarla de contestar y su participación terminara en el momento que lo desee, en caso de contestar todas las preguntas la información será confidencial, anónima y solo será usada para fines de esta investigación.

¿Desea participar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

#### Sección 2. Datos sociodemográficos de información general

Marque con una X la opción que elija

2. Edad						
3. Lugar de Origen	1. Distrito Federal		2. Interior de la República			
4. Estado Civil	1. Soltera	2. Unión libre	3. Casada	4. Divorciada	5. Viuda	
5. Tiempo de relación con pareja (años)	1. Menos de 5		2. 6-10	3. 10-20	4. 20-30	5. Más de 30
6. Escolaridad	1. Primaria	2. Secundaria	3. Bachillerato	4. Licenciatura	5. Posgrado	
7. Ocupación	1. Ama de casa		2. Jubilada	3. Desempleada	4. Subempleada	
	5. Obrera		6. Empleada	7. Profesional	8. Artista	
	9. Comerciante		10. Empresaria	11. Directiva	12. Otras ocupaciones	
8. ¿Usted fuma?	1. Sí		2. No			
9. ¿Usted toma alcohol?	1. Si		2. No			

### Sección 3. Datos de la Familia

10. ¿Vive usted en la ciudad?		1. Si		2. No	
11. ¿Quiénes habitan en su domicilio?		1. Pareja con/sin hijos	2. Pareja con/sin hijos y familiar consanguíneo (abuelos, tíos, primos, etc.)		3. Familia y persona sin parentesco familiar.
12. ¿Tiene hijos?		1. Si. Pasar a la siguiente pregunta			2. No
13. Características de su familia	1. Matrimonio	2. Sus hijos menores de 5 años, todavía no acude a la escuela	3. Sus hijos mayores de 6 años asisten a la escuela y viven en su casa	4. Su primer hijo se ha ido de su hogar	5. Usted y su pareja están nuevamente solos o se encuentran jubilados o retirados de sus oficios.

### Sección 4. Datos de Salud

14. ¿Padece alguna enfermedad?		1. Si		2. No	
15. ¿Qué enfermedad padece?		1. Diabetes Mellitus	2. Hipertensión Arterial Sistémica	3. Otra _____	
16. ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?		1. Si. ¿Cuáles? a. Fatiga. b. Bochornos. c. Piel seca. d. Dolor de cabeza e. Irritabilidad f. Insomnio g. Disminución del deseo sexual			2. No
17. ¿Toma medicamentos para el climaterio/menopausia?		2. Si a. Estrógenos equinos conjugados b. Estrógenos/Medroxiprogesterona c. Clormadinona d. Tibolona e. Otro: _____			3. No

## Sección 4. Inventario de Apoyo a la Pareja (IAPP)

Instrucciones:

Marque con una X el número que mejor representa la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor, sea lo más honesta posible, marque una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna.

Escala de respuestas:

Nunca lo hace	Rara vez lo hace	Algunas veces lo hace	Muchas veces lo hace	Siempre lo hace
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Preguntas	1	2	3	4	5
18. Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo.					
19. Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo.					
20. Mi pareja escucha mis problemas.					
21. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta.					
22. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance.					
23. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad.					
24. Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.					
25. Mi pareja es solidario ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales.					
26. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me evita.					
27. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él se preocupa.					
28. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me hace ver los pros y los contras de aquellos.					
29. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo.					
30. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas.					
31. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me condena.					
32. Mi pareja me apoya dándome amor.					
33. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles.					

	Nunca lo hace	Rara vez lo hace	Algunas veces lo hace	Muchas veces lo hace	Siempre lo hace					
	1	2	3	4	5					
Preguntas						1	2	3	4	5
34. Ante una dificultad, mi pareja me dice que “yo puedo resolver cualquier problema personal”										
35. Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere.										
36. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me juzga.										
37. Mi pareja permanece cerca de mí cuando tengo problemas.										
38. Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento.										
39. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me aconseja.										
40. Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución.										
41. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me dice qué debo hacer y qué no.										
42. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema.										
43. Cuando le platico mis problemas a m pareja, él me cree.										
44. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él se comporta hostil conmigo.										
45. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me acompaña en mi preocupación.										
46. Cuando le patico mis problemas a mi pareja, él me dirige en la solución de aquellos.										
47. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él me critica.										
48. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema.										
49. Ante mis conflictos, mi pareja se una a mis preocupaciones.										
50. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido.										
51. Cuando tengo un problema mi pareja se una a la tarea de buscar la mejor solución.										
52. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él es duro conmigo.										
53. Mi pareja me respalda en mis decisiones.										
54. Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional.										
55. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él rechaza mi opción de solución.										
56. Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas.										
57. Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela.										
58. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él participa en una nueva reformulación de solución al conflicto.										

	Nunca lo hace	Rara vez lo hace	Algunas veces lo hace	Muchas veces lo hace	Siempre lo hace					
	1	2	3	4	5					
<b>Preguntas</b>						1	2	3	4	5
59. Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones.										
60. Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución.										
61. Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarle una solución responsable.										
<p><b>En esta segunda parte marque con una X el número que mejor representa la forma como usted le comunica a su pareja sus conflictos. Por favor, sea lo más honesta posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. Gracias.</b></p>										
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo					
	1	2	3	4	5					
<b>Preguntas</b>						1	2	3	4	5
62. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mío.										
63. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras.										
64. Comparto mis problemas con mi pareja.										
65. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja.										
66. Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión.										
67. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío.										
68. Comunico mis problemas a mi pareja.										
69. Confío en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía.										
70. Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas.										
71. Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen.										
72. A mi pareja le agradezco cuando me escucha.										
73. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.										
74. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.										
75. Comparto mis conflictos con mi pareja.										
76. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.										

## ANEXO 5

### CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	ENE 2012	FEB 2012	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2013	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013
Elección del tema de investigación	X																			
Caratula	X																			
Título del proyecto	X																			
Planteamiento del problema	X																			
Antecedentes	X																			
Justificación	X																			
Marco teórico		X	X	X	X	X	X	X												
Bibliografía								X												
Cronograma de actividades									X											
Objetivos general y específico									X											
Hipótesis									X											
Material y métodos									X											
Tipo de estudio										X										
Población lugar y tiempo										X										
Diseño de investigación										X										
Muestra										X										
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación										X										
Variables											X									
Definición conceptual y operacional											X									
Conceptualización de las variables											X									
Instrumentación de recolección de datos											X									
Maniobras para controlar sesgo											X									
Recursos humanos y materiales											X									

Consideraciones éticas											X									
Carta de consentimiento informado											X									
Anexos												X								
Registro de protocolo Ante el SIREL CIS													X							
Realización de modificaciones indicadas por el comité del SIRELCIS															X					
Aceptación del protocolo																	X			
Captura de la muestra																X		X		
Análisis de resultados y Conclusiones																		X		
Impresión y Autorización de Tesis																			X	

ANEXO 6



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28  
GABRIEL MANCERA  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



- 1. Nombre del Estudio.** “Apoyo a la pareja en mujeres con Síndrome Climatérico que utilizan terapia de reemplazo hormonal: estudio comparativo en pacientes de la U.M.F. No 28”.
- 2. Propósito del estudio.** Estudio de investigación que se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No.28 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el área de Consulta Externa. El estudio tiene como propósito: Determinar el tipo de apoyo a la paciente climatérica por parte de la pareja en relación a la ingesta o no de la Terapia de Reemplazo Hormonal. Para la realización del estudio se invita a que participen mujeres de 48-59 años de edad, que son atendidas en la consulta externa de la UMF No.28 Gabriel Mancera.
- 3. Procedimientos.** Estimada señora el presenta es una investigación autorizada por la clínica, cuyo objetivo es investigar algunos aspectos de su relación con su pareja y que vive en su etapa actual. Es un cuestionario que tiene 76 preguntas, que aproximadamente se aplica en 20 min, y que únicamente requiere que responda con honestidad y veracidad, si alguna pregunta le molesta o hiere sus sentimientos personales, puede usted dejarla de contestar y su participación terminara en el momento que lo desee, en caso de contestar todas las preguntas la información será confidencial, anónima y solo será usada para fines de esta investigación.
- 4. Riesgos y molestias.** Esta investigación no representa ningún riesgo para la salud de los participantes.
- 5. Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio.** No recibirá ningún pago por su participación en este estudio, tampoco representa un gasto para usted. Al aceptar participar, recibirá orientación con respecto a la etapa por la cual está cursando.
- 6. Resultados.** Serán completamente confidenciales, para fines de investigación de la unidad.
- 7. Participación o retiro del estudio.** Su participación es completamente voluntaria y no afectara su derecho recibir los servicios de salud de la unidad.
- 8. Privacidad y Confidencialidad.** La información otorgada no conlleva ningún tipo de riesgo, será confidencial, anónima y solo será usada para fines de esta investigación.
- 9. Declaración de consentimiento informado.** Declaro que se me han informado los posibles riesgos si acepto participar. También se me ha informado la confidencialidad de la información otorgada, también tengo la libertad de abandonar el estudio al momento que lo considere. El investigador principal, se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

NOMBRE DE LA PARTICIPANTE

FIRMA

FECHA

FIRMA DE LOS TESTIGOS

Mi firma como testigo certifica que la participante firmo este formato en mi presencia, de manera voluntaria.

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: DRA MORALES SÁNCHEZ BRISA EDITH.

Correo Electrónico: drabrisa06@gmail.com Número Telefónico: 55 21 06 62 57

Firma del Investigador



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lugones BM, Ramírez BM. Historical notes on climacteric and menopause. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia [Revista en línea]. 2008 [Consultado oct 2011]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_4\\_08/mgi16408.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi16408.htm)
2. Vázquez JE, Morfín MJ, Motta ME. Guías de práctica clínica estudio del climaterio y la menopausia. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia [consultado en línea] 2009 [Consultado en oct 2011] ;77 (Supl 9):S253-72. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2009/septiembre/Femego%209.14%20GUIAS%202.pdf>
3. Bajo A, Vicens L, Xercavins MJ. Fundamentos de ginecología. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
4. Atención del climaterio y menopausia. Guía de práctica clínica. Instituto Mexicano del Seguro Social. Octubre 2009. Disponible en: [http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SS\\_019\\_08\\_CLIMATERIO\\_MENOPAUSIA/SS\\_019\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SS_019_08_CLIMATERIO_MENOPAUSIA/SS_019_08_EyR.pdf)
5. Vega G, Hernández LA, Leo AG, Vega MJ, Escartin CM, Luengas MJ, Guerrero L M. Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. Rev Chil Obstet Ginecol [consultado en línea] 2007 [consultado ene 2012];72(5). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n5/art07.pdf>
6. Canto de CT de. Reemplazo hormonal en la menopausia: los síntomas en la menopausia. Rev Endocrinol Nutr [en línea] 2006 Jul-Sep [consultado dic 2011];14(3):141-148. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2006/er063e.pdf>

7. Arena F. Jorge Omar. Influencia del climaterio y la Terapia Hormonal de Reemplazo sobre la sexualidad femenina. Rev Chil Obst Ginecol [en línea] 2006 [consultado feb 2012];71 (2): 141-52.
  
8. Carranza LS. Posición latinoamericana en relación con el estado actual de la terapia hormonal. Ginecol Obstet Mex [en línea] 2005[consultado en dic 2011];73(4):205-11. Disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)
  
9. Dorantes BP. Revisión farmacológica terapia hormonal de reemplazo. Aten Fam [en línea] 2007 [consultado dic 2011];14(3):73-77. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/14\(3\).pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/14(3).pdf)
  
10. Medina RC. Tratamiento de la menopausia con reemplazo hormonal entre los 45 y 65 años de edad. Rev Fac Cienc Méd [en línea] 2008 Ene-Jun [consultado oct 2011];18-22. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2008/pdf/RFCMV015-1-2008-4.pdf>
  
11. Yabur JA. La menopausia puesta al día. Gac Méd Caracas [en línea] 2006 Mar [consultado dic 2011];114(1):1-12. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622006000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622006000100001&script=sci_arttext)
  
12. Ruiz FM, Campodónico GI, Contreras CP, Herrera R, Arteaga HE, Soto RE. WHI: Riesgos de cáncer mamario y problemas cardiovasculares con terapia de reemplazo hormonal (THR) combinada continua. Rev Chil Obstet Ginecol [en línea] 2002 [consultado en mar 2012]; 67(4):263-274. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n4/art01.pdf>
  
13. Morris J, Bundred NJ. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet The [en línea] 2003 ago [consultado en Dic 2011];362(9382):419-27. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12927427>

14. Membrillo LA, Fernández O M, Quiroz PJ, Rodríguez LJ. Familia Introducción al estudio de sus elementos. México: Editorial ETM;2008.
15. Huerta GJ. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Editorial Alfil; 2005.
16. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar [en línea] 2005 [consultado ene 2012];7(Supl 1):15-19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
17. Suarez CMI. El médico familiar y la atención a la familia. Rev Pacea Med Fam [en línea] 2006 [consultado en ene 2012];3(4):95-100. Disponible en: [http://mflapaz.com/Revista\\_4\\_Pdf/12%20ATENCION%20A%20LA%20FAMILIA.pdf](http://mflapaz.com/Revista_4_Pdf/12%20ATENCION%20A%20LA%20FAMILIA.pdf)
18. Arellano LJ, et al. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México, D.F.: Editorial Pax: 2006. pp 183-199.
19. Gómez FO, Rivera FS, De la Cruz AL, Santamaría BM, Flores BO, HerreraVJ. *Alteraciones sexuales en mujeres durante el climaterio*. Arch Inv Mat Inf [en línea] 2011 consultado en feb 2014];III(2):88-92. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi112g.pdf>
20. Cruz ME, Cruz AV, Martínez TJ, Boo VD., Calidad de Vida en mujeres durante el climaterio. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [en línea] 2012. [consultado en feb 2014];Vol. 55, N.o 4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un124c.pdf>
21. Muñoz EJ, Rosales AE, Arias UR. Trastornos metabólicos de mujeres en el climaterio. Ginecol Obstet Mex [en línea] 2013. [consultado en feb 2014];81:186-189. Disponible en: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2013/Abril/Femego%20a%20bril%204.7%20Trastornos.pdf>