



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN LA
CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

**MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
DRA. AXEL DANIELA PINEDA OROZCO**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRRUBIO**

**ASESOR EXPERIMENTAL
DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**

**ASESOR CLÍNICO:
DR. HUGO SÁNCHEZ MARTÍNEZ**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CD. DE MÉXICO, D. F. AGOSTO 2014
NUMERO DE REGISTRO: 2014-3605-17**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8.

AUTORES: Dra. Pineda Orozco Axel Daniela¹, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto², Dr. Vilchis Chaparro Eduardo³, Dr. Sánchez Martínez Hugo⁴.

¹ Residente de tercer año Medicina Familiar, HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

³ Médico Familiar Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar del HGZ/UMF No.8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁴ Especialista Ginecología y Obstetricia Adscrito al HGZ/UMF No 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO: Identificar la calidad de vida en mujeres durante el climaterio de la consulta externa del HGZ/UMF No 8.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, prospectivo, transversal, Muestra: 260 pacientes, proporción 0.40, Intervalo de confianza: 0.90. Amplitud del intervalo de confianza: 0.10. Criterios de inclusión: mujeres en climaterio de 35 a 65 años. Criterios de Exclusión: Mujeres con terapia hormonal. Instrumento de medición: Cuestionario: MRS. Variables: Escolaridad, estado laboral, estado civil, etapas de climaterio y calidad de vida.

RESULTADOS: Se estudió 260 pacientes, la media de edad de 53.63 años, desviación estándar 6.54 años. En el conjunto de rango de edad predominó el grupo de 46 a 55 años con 139(53.5%). En el área de climaterio se presentaron en etapa de climaterio temprano 21(8.1%), perimenopausia 139(53.5%) y climaterio tardío 100(38.5%). En el área de calidad de vida 151(69.6%) presentaron buena calidad de vida y 109(30.4%) con deterioro en su calidad de vida. En escolaridad predominó secundaria con 75(28.8%), bachillerato 72(27.7%) y licenciatura 20(7.7%) con buena calidad. En el conjunto de estado civil predominaron casadas 120(46.2%) con buena calidad y respecto al estado laboral predominaron las empleadas con 124(47.7%) teniendo buena calidad de vida.

CONCLUSIONES: Las mujeres durante la etapa del climaterio, que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No 8 tienen una buena calidad de vida en un 69.6%, en donde las principales variables que influyeron con un beneficio para estas mujeres fueron: el estado laboral, el estado civil y la escolaridad.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida, mujeres en climaterio.

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE
EL CLIMATERIO EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS

DR EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO

DR. HUGO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
ASESOR CLÍNICO

AGRADECIMIENTOS.

A Hugo:

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi amado Hugo, por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, aun en momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión cariño y amor. Te amo.

A mis padres y hermanos:

Sabiendo que jamás existirá alguna forma de agradecer toda una vida de sacrificios y esfuerzos quiero que sientan que el objetivo logrado también es suyo y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo.

Agradezco al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro por su apoyo en la dirección y realización de esta tesis, la oportunidad de trabajar con ellos durante el desarrollo del proyecto y de adquirir nuevos conocimientos.

A los profesores que me brindaron su sabiduría en varios campos del conocimiento ayudándome así en varios aspectos que requerí para el desarrollo en mi formación como médico familiar.

A todos mis amigos y compañeros que formaron parte de esta aventura y siempre se quedaran en mis recuerdos.

***Con cariño y admiración.
Axel Daniela.***

ÍNDICE	PÁGINAS
MARCO TEÓRICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVO	12
HIPÓTESIS	13
MATERIAL Y MÉTODOS	14
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	15
POBLACIÓN O UNIVERSO	16
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL	16
MUESTRA	17
CRITERIOS	18
VARIABLES	19
DISEÑO ESTADÍSTICO	23
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	24
MÉTODO DE RECOLECCIÓN	25
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	26
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
RECURSOS	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	50

MARCO TEÓRICO

El climaterio es un acontecimiento fisiológico de la vida de la mujer, caracterizado por el paso de la etapa reproductiva a no reproductiva. Los efectos de la insuficiencia ovárica son diferentes para cada mujer. La preservación de la salud femenina es un objetivo fundamental de la medicina. Cada mujer merece un análisis completo de su historia clínica y su estado de salud, considerando la probabilidad de que el proceso de envejecimiento requiere un tratamiento individualizado al margen del hecho fisiológico menopausia/climaterio. Durante el climaterio, sucede el último sangrado menstrual, llamado menopausia. Este es el cambio de un estado reproductivo a un estado no reproductivo. Marca los límites que internacionalmente se han aceptado para esta etapa de la vida, un ciclo que inicia a los 35 años y termina a los 65. Climaterio viene del griego "klimakter", en latín "climacter" que significa escalera, peldaño, escalón en la vida de una persona, momento difícil de superar. (1)

Es una etapa del desarrollo humano que marca la transición entre la edad adulta y la vejez. Por lo tanto, se puede dividir de la siguiente manera: los primeros diez años (35 a 45) el climaterio temprano, los segundos diez años (45 a 55) el climaterio perimenopáusico y los últimos diez (55 a 65) el climaterio tardío. (2)

El síndrome climatérico se caracteriza por síntomas diversos, los cuales se han agrupado en: vasomotores o circulatorios, psicológicos y/o sociales, genitourinarios y generales. Estos síntomas se expresan de manera diferente en cada persona, pues intervienen diferentes elementos, tales como: el propio individuo, así como la familia y la comunidad en que se desenvuelve, por lo tanto, la mujer debe ser atendida no solo desde el punto de vista biológico, sino en armonía con su entorno cultural y social.(3)

El climaterio, comprende casi un tercio de la vida femenina, llama fuertemente la atención, porque las mujeres no conocen cómo enfrentar este complejo periodo, es importante entonces, prestar especial atención a la salud mental de las mujeres en esta etapa. (4)

En múltiples investigaciones se ha encontrado que la frecuencia, e intensidad de los síntomas están relacionados con la raza, el nivel educacional, la profesión, la actividad intelectual, el lugar de residencia, el condicionamiento de género, el estado civil, así como la presencia de afecciones crónicas como la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes mellitus, que si bien no están directamente asociadas con la intensidad del síndrome climatérico, estas pueden incrementar su prevalencia con la edad precisamente en esta etapa de la vida de la mujer.(5)

El estado depresivo que se puede presentar en el climaterio, también se acompaña de otras agresiones como el matrimonio de los hijos, la separación de estos del hogar, el llamado "nido vacío". La prevalencia de trastornos depresivos en la mujer se estima en un 9%, en esa época se asocian condiciones relacionadas de miedo al envejecimiento, sentimiento de inutilidad, carencia afectiva, dificultades sociales, profesionales y maritales teniendo como consecuencia una reducida calidad de vida. Las manifestaciones clínicas de la depresión en el climaterio se derivan de dos componentes: la disminución estrogénica por deficiencia de folículos ováricos que se traducen en alteraciones del ritmo menstrual y los factores psicológicos, sociales y culturales que influyen en la depresión durante el climaterio. Los cambios hormonales, no son totalmente responsables de las alteraciones de la salud mental en la mujer, quien se vuelve más vulnerable a factores de riesgo, sociales, familiares, de pareja y abuso de sustancia. También hay disminución de la autoestima en las mujeres en climaterio ya que se consideran diferentes a las demás mujeres, debido a la inadecuada asimilación del proceso de envejecimiento, con la aparición de arrugas, sequedad de la piel, pérdida de la turgencia de los senos y contornos femeninos, aumento del abdomen, inclinación de la espalda hacia delante, unido a valoraciones subjetivas dadas por el cese de la capacidad reproductiva y de la disminución de la condición de feminidad, debido a disfunciones sexuales, asociadas con los cambios hormonales propios del climaterio. El manejo integral del climaterio incluye factores, nutricionales, afectivos, sociales y socioeconómicos que inciden en la vida de la mujer, deben tenerse en cuenta de manera armónica. Cuando la terapia hormonal está contraindicada en las mujeres con síntomas climatéricos existen otros esquemas terapéuticos: autosugestión, hipnosis, relajación, acupuntura, entre otros. Siempre bajo prescripción facultativa. (6)

Las mujeres, si bien pueden haber concluido con el ciclo reproductivo biológico, mantienen un importante rol social que se expresa a través de su activa participación en la vida comunitaria, sin abandonar las responsabilidades asumidas en el hogar y con la familia, lo que contribuye a que los síntomas climatéricos se exacerben en intensidad y frecuencia, en correspondencia con determinantes sociales que recaen sobre la mujer en razón de su sexo. (7)

La esperanza de vida junto a los avances terapéuticos a lo largo del siglo XXI ha determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcance el climaterio y que pasa al menos un tercio de vida después de la menopausia, esto nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico. En esta etapa de la vida de la mujer es importante diferenciar que síntomas y problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no. Así mismo es importante conocer que tratamientos e intervenciones son eficaces y seguros. En nuestro país de acuerdo a las cifras estimadas por el Consejo Nacional de Población, para el año 2004 las mujeres mayores de 45 años comprendía el 19.9% de la población femenina en nuestro país y para el año 2010 se espera una población de 13, 873,680. Sin embargo no existen estudios epidemiológicos representativos en nuestro país bien diseñado sobre estadística de mujeres con Síndrome Climatérico identificado clínicamente por lo que se considera población subestimada, sin atención adecuada para mejorar la calidad de vida y promoción de la salud óptima. (8)

La edad de presentación de la menopausia se sitúa en torno a los 50 años (± 2), no habiéndose producido cambios durante los últimos siglos. Si la menopausia aparece antes de los 40 años, se denomina menopausia precoz, mientras que si sobreviene después de los 50, se habla de menopausia tardía. Así como hay mujeres que no perciben apenas sintomatología menopáusica, también las hay en quienes los cambios asociados a esta etapa vital son pronunciados, lo que se traduce en un incremento en el número de consultas clínicas relacionadas. El climaterio produce un cambio en la fisiología de la mujer, cambio que puede ser desfavorable en aspectos de su salud y calidad de vida. ⁽⁹⁾

La pérdida de la función ovárica suele ser un proceso gradual, que se produce en varios años, en promedio dura entre 4 a 6 años; en esta etapa, la función ovárica va fluctuando. Al inicio del climaterio se produce una disminución de los niveles de inhibina, lo que resulta en un aumento de la FSH, con niveles de estradiol normal o ligeramente disminuidos. Estos cambios dan lugar a un acortamiento de la fase folicular y a ciclos menstruales cortos o prolongados. Posteriormente, se produce un descenso de los niveles de estradiol y la maduración folicular se vuelve irregular, presentando ciclos ovulatorios y anovulatorios. Cuando en los ciclos anovulatorios no se produce progesterona, existe un hiperestrogenismo relativo que puede ocasionar hipermenorrea y/o hiperplasia del endometrio. Durante el climaterio, los folículos ováricos se vuelven resistentes a la estimulación de la FSH, en tanto que las concentraciones de estradiol se conservan relativamente normales. Este grado de resistencia ovárica a la estimulación puede explicar los bochornos que experimentan algunas mujeres, a pesar de los valores normales de estradiol. Ello sugiere que los bochornos pueden deberse a liberaciones de gonadotropina relacionadas con las concentraciones bajas de estradiol o cifras bajas de otras hormonas ováricas, como la inhibina. En el climaterio, en las mujeres que menstrúan y que muestran una cifra de FSH mayor de 10 UI/L en el día tres del ciclo, sugiere una resistencia ovárica relativa, incluso si los valores de estrógenos se encuentran dentro de los límites normales. Esto se plantea que es debido a la disminución de la producción de inhibina por los folículos. Las dos gonadotropinas, FSH y LH, son producidas por la porción anterior de la hipófisis. Cuando los niveles de estrógenos son bajos, los núcleos arcuato del hipotálamo es estimulado a producir hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) en la circulación portal de la hipófisis; ello estimula la liberación de FSH y LH. El mecanismo pulsátil de la liberación de GnRH se plantea que también es responsable de la reproducción de los bochornos. ⁽¹⁰⁾

El 85% de las mujeres padecen síntomas; en un 75% de estas pacientes las manifestaciones se extienden por 1 a 5 años y en el 25% restante se extienden por un tiempo mayor. El 35% de las mujeres sintomáticas presentan manifestaciones intensas. ⁽¹¹⁾

Durante el climaterio las mujeres suelen aumentar, aproximadamente ,2.1 kg por año y entre los 50 y 59 años suelen sufrir un aumento agudo del índice de masa corporal de alrededor de 14%. La alimentación es decisiva para la prevención de las complicaciones de la menopausia, por lo que es muy importante evitar el sobrepeso y la obesidad mediante la disminución del consumo de grasas animales y favorecer la ingestión de alimentos con fibra y de productos lácteos. El ejercicio es indispensable para permanecer en buena salud. Lo aconsejable es realizar, como mínimo, 30 minutos continuos, al menos tres veces a la semana, de ejercicio aeróbico alternado con ejercicios antigravedad y con resistencia. (12)

Los síntomas climatéricos clínicos más frecuentes son los calores o sofocos, sudores nocturnos, irregularidades menstruales, trastornos del sueño, aumento de peso, urgencia urinaria, mialgias. Los cambios metabólicos a largo plazo favorecen la osteoporosis y los trastornos cardiovasculares. En el área emocional, los síntomas más frecuentes son: fatiga, angustia, ansiedad, cambios de humor, irritabilidad, depresión. En la sexualidad, se manifiestan en algunos casos, disminución del deseo sexual o dispareunia, como producto de alteraciones biológicas tales como menor lubricación vaginal resultante de la disminución hormonal. El dolor impide el placer y el consiguiente temor aleja a la mujer de la sexualidad. Muchas mujeres creen erróneamente, que la disminución de la lubricación es porque ya no se excitan más. El error es producido por falta de información y por prejuicios culturales. Pero también intervienen en esta disfunción, dificultades por parte del compañero. En general, la rutina sexual elude o acorta el juego erótico empeorando el síntoma y entonces, la idea de que ya no están en edad de gozar del sexo acosa a la pareja. Estos síntomas biológicos y psicológicos, constituyen el "Síndrome Climatérico" que es común al 80% de las mujeres. El 20% restante no sufre cambios significativos. Cabe reiterar que el Climaterio debe ser tomado como una etapa de reflexión cuyas consecuencias benéficas dependerán de cada mujer y de la mirada que tenga acerca de ella misma. Los cambios transitorios serán vivenciados de una manera diferente, si se los encara como una oportunidad para generar y desarrollar nuevos proyectos, potenciando la creatividad personal. (13)

Se le llama bochorno a la sensación de calor leve a intensa, de 1 a 5 minutos de duración, que se expande en forma centrípeta desde la parte superior del torso y el cuello, y que en ocasiones es seguida de escalofríos. Cuando la sensación de calor está acompañada de enrojecimiento de la cara, se utiliza el término hiperemia facial, y los episodios acompañados de transpiración durante las horas de sueño se denominan sudores nocturnos. Aunque se desconoce la etiología se vincula con la modulación de receptores hipotalámicos α -adrenérgicos involucrados en el importante papel de la norepinefrina en la termorregulación. El 70% de las mujeres con menopausia espontánea y un 90% de aquellas que se ha sometido a una ooforectomía bilateral. El tratamiento con mejor resultado es la terapia hormonal con estrógeno por consiguiente, constituye el punto de referencia. Un incremento en el consumo de fitoestrógenos, junto con una dieta regular y la adición se relaciona con una mejoría de la calidad de vida y un alivio significativo de la sintomatología. (14)

La disminución de los estrógenos hace que la mucosa vaginal se atrofie, perdiendo glándulas secretoras, rugosidad y espesor. Asimismo, la vagina se acorta debido a la regresión del cérvix y la vulva y el introito pierden elasticidad. Estos cambios generan, en ocasiones, síntomas como sequedad vaginal y dispareunia. Se ha demostrado la asociación entre determinados factores de riesgo y la frecuencia o intensidad de los síntomas genitales. Estos factores no son modificables (edad, raza, menopausia quirúrgica y posmenopausia y padecer una enfermedad crónica). También se ha constatado que las mujeres sexualmente activas presentan un menor grado de atrofia vaginal que las no activas en la posmenopausia. Además de los fenómenos asociados con el envejecimiento, la pérdida de estrógenos originada por la menopausia puede producir una serie de consecuencias metabólicas (empeoramiento del perfil de lípidos, alteración de la distribución de la grasa y obesidad central, glucosa y metabolismo de la insulina alterados, hipertensión y problemas de la coagulación, y fibrinólisis) que quizás exacerben o revelen el riesgo cardiovascular. Las enfermedades metabólicas o cardiovasculares afectan la calidad de vida mediante la evolución de padecimientos debilitantes, como neuropatía periférica o autonómica, nefropatía y enfermedades oftálmicas inducidas por diabetes grave o limitación considerable de la actividad física como resultado de enfermedad coronaria. La osteoporosis es uno de los principales problemas de salud de la sociedad moderna. Los cálculos actuales indican que 40% de las mujeres mayores de 50 años de edad sufrirá una fractura relacionada con la osteoporosis durante su vida. Este tipo de fracturas son una causa importante de morbilidad, incapacidad y mortalidad. Tanto la calidad de vida asociada con la salud, como la general, son afectadas de manera negativa por las fracturas. El impacto que éstas tienen depende del sitio que dañen y de su gravedad. Las fracturas de cadera son las más serias y producen cifras elevadas de mortalidad, morbilidad a largo plazo y uso considerable de recursos para su cuidado; sin embargo, la fractura de columna también induce grandes cifras de mortalidad. Ya se ha demostrado que respecto de los huesos, los esteroides gonadales juegan un papel fundamental en la regulación del metabolismo del colágeno. El cartílago es sensible a los estrógenos, y éstos y otros compuestos objetivos del receptor de estrógeno tienen efectos condroprotectores. Los discos intervertebrales son ricos en colágeno, elastina, glicosaminoglucanos hidrofílicos y agua, y muestran cambios progresivos a lo largo de la vida. Su altura disminuye con el envejecimiento, pero es notorio el decremento considerable después de la menopausia. (15)

En esta edad se produce una notable disminución de los receptores estrogénicos. Fisiológicamente, los estrógenos endógenos optimizan el normal funcionalismo endotelial, en tanto que la terapia de reposición estrogénica genera efectos colaterales y biológicos de importancia a nivel cardiovascular., que inclusive pueden generar disfunción endotelial, efectos vasoconstrictores e inestabilidad de las lesiones ateroscleróticas. Esto pudo observarse en algunos estudios, como Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS), WHI Women Health Initiative) y Women's International Study of Long Duration Oestrogen after Menopause (WISDOM). Sin embargo, las mujeres que participaron en dichos ensayos, tenían una edad promedio de 63 a 67 años, etapa de la vida femenina en que es discutible la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH). No se considera que esta decisión terapéutica (TRH) aporte beneficios cuando es tardía (10 a 15 años luego del inicio de la menopausia) en tanto que podría ser útil en los años inmediatos siguientes, cuando el riesgo de complicaciones cardiovasculares es bajo, y el empleo de THR es más apropiado para el alivio de los síntomas. Algunos subanálisis de estudios (WHI) que incorporaron mujeres en menopausia reciente, con edades comprendidas entre 50 y 59 años, evidenciaron beneficios y mayor protección cardiovascular, que se manifestaron en un menor Score de calcio en las arterias coronarias, así como mejor vasodilatación mediada por flujo inducida por estrógenos. Se concluye de esto que si se decide emplear TRH, la indicación deberá ser precoz, evaluando previamente el riesgo cardiovascular global eventual de las pacientes. La mujer climatérica tiene una mayor probabilidad de ser hipertensa y requerirá medidas para reducir la presión arterial y la incidencia de daño a órganos blanco. Una presión arterial ligeramente elevada o incluso normal-alta representa un riesgo que debe atenderse. Deben iniciarse cambios en el estilo de vida y la intervención farmacológica en las mujeres climatéricas para minimizar su riesgo cardiovascular. (16)

Para mejorar la tolerancia de los cambios físicos, emocionales y sexuales en la mujer, se emplean diferentes terapéuticas, dentro de las que se contempla la administración de terapia hormonal. Esta terapia consiste en el aporte externo de estrógenos, utilizados con la intención de mejorar los síntomas que se producen con el cese de la actividad folicular ovárica, y se administran si no existen contraindicaciones para su uso. Las terapéuticas utilizadas son con el fin de mejorar los aspectos de la vida diaria de la mujer sus relaciones sociales, su capacidad intelectual, el estado emocional y por consiguiente su calidad de vida. Calidad de vida se refiere a la valoración del paciente y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con lo que se percibe como posible ideal Por lo que al valorar la calidad de vida en el climaterio debe considerarse desde la perspectiva de la mujer ya que no basta identificar los síntomas, sino su apreciación subjetiva con su afectación a su bienestar como dice Cella, además de conocer los cambios psíquicos, su repercusión a la capacidad laboral y en las relaciones personales.(17)

Calidad de vida: La calidad de vida es una noción humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, así como el sentido que atribuye a su vida, entre otras cosas.⁽¹⁸⁾

El concepto de calidad de vida puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad. ⁽¹⁹⁾

Calidad de vida relacionada a la salud: El concepto de calidad de vida relacionada a la salud llegó al campo de los cuidados sanitarios donde el bienestar de los pacientes es un punto importante y debe ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. Es una medida del estado de salud de las personas, es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades. La gran mayoría de los autores sugieren que la calidad de vida debe ser diferenciada de la calidad de vida relacionada a la salud debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultados de intervenciones médicas, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, porque caracterizan la experiencia del paciente resultado de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir; es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes. ⁽²⁰⁾

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ⁽²¹⁾

La calidad de vida relacionada a la salud tiene tres enfoques: a) como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida en general, b) para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, y sobre su bienestar físico, emocional y social; y c) para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, con la implantación de políticas y programas para mejorar en nivel de salud. ⁽²²⁾

Instrumento: Para evaluar los síntomas del climaterio se han diseñado distintas escalas, entre las que se encuentran; el índice de Kupperman, la escala de Uthian de calidad de vida (UQoL), la escala de Green, la escala SUMEVA (una modificación de la escala de Kupperman) y Menopause Rating Scale (MRS).

⁽²³⁾

El primer intento ampliamente aceptado para documentar la gravedad de las molestias de la menopausia fue el índice de Kupperman, el foco de este listado de síntomas fue la gravedad y el grado de alivio. La entrevista era realizada por el médico. Esta lista de síntomas (dimensiones) no se analizó ni tuvo validación. Una nueva lista de síntomas fue la escala de valoración de la menopausia la cual fue desarrollada en 1992 inicialmente para proporcionar al médico una herramienta para documentar los síntomas específicos del climaterio y sus cambios con el tratamiento. Las preguntas fueron seleccionadas en base a la experiencia clínica y revisada por los representantes de la Asociación Alemana de Ginecología y Obstetricia. (24)

MRS (Menopause Rating Scale) desarrollo: La escala fue desarrollada y validada a partir de una red de investigación de muchas instituciones, como Organon Alemania, Munich Infratest, Universidades de Münster y Berlín, Berlín ZEG, por ejemplo. ZEG - El Centro de Berlín de Epidemiología e Investigación de la Salud (ZEG) fue fundada como instituto de investigación independiente en 1990 - en ese momento como una empresa conjunta con Infratest Alemania, que pasó a formar parte de una empresa que opera internacionalmente. La Escala de Calificación de la Menopausia (MRS) fue desarrollado en respuesta a la falta de escalas estandarizadas para medir la severidad de los síntomas de envejecimiento y su Impacto en calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la década de 1990. Esta escala pretende que fácilmente puede ser completada por las mujeres. La primera versión del MRS iba a ser llenado por el médico, pero esto fue cambiado debido a consideraciones metodológicas y la escala final como cuestionario estandarizado autoadministrable. La escala fue diseñada: Para medir la salud relacionados con la calidad de vida (CdV) o la gravedad de las denuncias. Para medir los cambios en el tiempo y en las diferentes culturas (escala MRS disponible en 25 idiomas). Para medir los cambios antes / después del tratamiento con la terapia de reemplazo hormonal. El original MRS se utiliza desde 1992. Fue desarrollado para proporcionar al médico la posibilidad de documentar los síntomas climatéricos y sus cambios durante el tratamiento. El MRS fue formalmente estandarizado de acuerdo a las normas psicométricas. Consiste en una lista de 11 síntomas: Tiene la opción entre 5 categorías: ningún síntoma, leve, moderada, marcada y grave. En la estandarización de este instrumento hay tres dimensiones independientes que se identificaron explicando el 58,8% de la varianza total (análisis factorial): psicológica, somato-vegetativo y urogenital. Cada uno de los once síntomas que figuran en la escala puede obtener 0 (sin síntomas) o hasta 4 puntos (síntoma grave) dependiendo de la gravedad de las quejas de las mujeres que completaron la escala. La puntuación total del MRS oscila entre 0 (asintomático) y 44 (grado más alto de quejas). Las puntuaciones de mínimo / máximo varían entre las tres dimensiones dependiendo del número de quejas asignados a la dimensión respectiva de los síntomas: subescala psicológica, dominio somato vegetativo y dominio urogenital. (25) (anexo 1).

Es un instrumento fácil de manejar, que se convirtió en estándar para medir las quejas climatéricas en la práctica médica y cumple con los requisitos metodológicos de una escala moderna de CVRS. La evaluación del cuestionario completado sigue un esquema simple: La puntuación es sencilla: la puntuación se incrementa punto por punto al aumentar la gravedad de las denuncias subjetivamente percibidas en cada uno de los 11 ítems (gravedad expresada en 0 a 4 puntos en cada artículo). Al marcar estas casillas de 5 posibles de "severidad" para cada uno de los artículos que el demandado ofrece su percepción personal. Esto se puede ver en los cuestionarios. La puntuación total del MRS oscila entre 0 (asintomático) y 44 (grado más alto de quejas). Las puntuaciones de mínimo / máximo varían entre las tres dimensiones dependiendo del número de quejas asignados a la dimensión respectiva de los síntomas: síntomas psicológicos: de 0 a 16 puntos de calificación (4 síntomas: deprimido, irritable, ansioso exhausto,)somato-vegetativo síntomas: de 0 a 16 puntos (4 síntomas: sudoración / ras, quejas cardíacas, trastornos del sueño, molestias articulares y musculares) síntomas urogenitales: 0 a 12 puntos (3 síntomas: problemas sexuales, problemas urinarios, sequedad vaginal) Las puntuaciones compuestas para cada una de las dimensiones (subescalas) se basa en la suma de las puntuaciones de los ítems de las dimensiones respectivas. La puntuación compuesta (puntuación total) es la suma de las puntuaciones de la dimensión. Coeficientes de consistencia interna (alfa) para la escala MRS en todos los países: puntuación total y las puntuaciones de lo somático, psicológico y dominio urogenital (anexo 1). La escala MRS es internacionalmente aceptada. La primera traducción fue en inglés. En la actualidad, las siguientes versiones disponibles: Inglés, francés, mexicano / argentina, el lenguaje brasileño, alemán, indonesio, italiano, español, sueco y turco. El alfa de Cronbach es de 0.86. Los coeficientes de consistencia oscila entre 0,6 y 0,9 entre los países de la puntuación total, así las puntuaciones en los tres dominios. Esto es indicativo de una consistencia muy aceptable de la escala MRS. No hay evidencia de que la escala funciona diferente en tantos países diferentes en cuatro continentes.

(26) (ver anexo 2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la calidad de vida en mujeres durante el climaterio en la consulta externa en el HGZ/UMF No.8?

JUSTIFICACIÓN:

El climaterio es un fenómeno biológico, social y cultural; hoy en día existen muchas publicaciones sobre los síntomas en el climaterio, pero hay pocos estudios que miden la influencia de esta sobre la calidad de vida de la mujer climatérica. No existen estudios epidemiológicos en nuestro país bien diseñado de estadística de mujeres con síndrome climatérico identificado clínicamente, por lo que se considera población subestimada, sin atención adecuada para mejorar su calidad de vida. De acuerdo al Censo General de Población del año 2000, hay en México 11.4 millones de mujeres de 35 años pero menores de 55 años de edad. Esta cifra incluye a las mujeres en la etapa de perimenopausia y de ellas alrededor del 70% (casi 8 millones) tienen manifestaciones clínicas. Es muy posible que las mujeres experimenten un sin fin de sentimientos, desde ansiedad y molestias hasta liberación y alivio. Por ello la importancia de identificar la calidad de vida en mujeres durante su climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 por medio del cuestionario del MRS el cual es un instrumento para valorar calidad de vida en el climaterio desde las perspectivas propias de las mujeres. El conocimiento sobre la intensidad de los principales síntomas que afectan la calidad de vida de estas mujeres permitirá al médico de primer contacto, ofrecer a la mujer climatérica mejores medidas terapéuticas con el fin de obtener una mejor calidad de vida en esta etapa de la vida.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la calidad de vida en las mujeres durante el climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No.8

HIPÓTESIS

Se realizaron hipótesis por motivos de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon las siguientes:

H_0 o nula: Las mujeres en climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No.8 no se encuentran con deterioro en su calidad de vida.

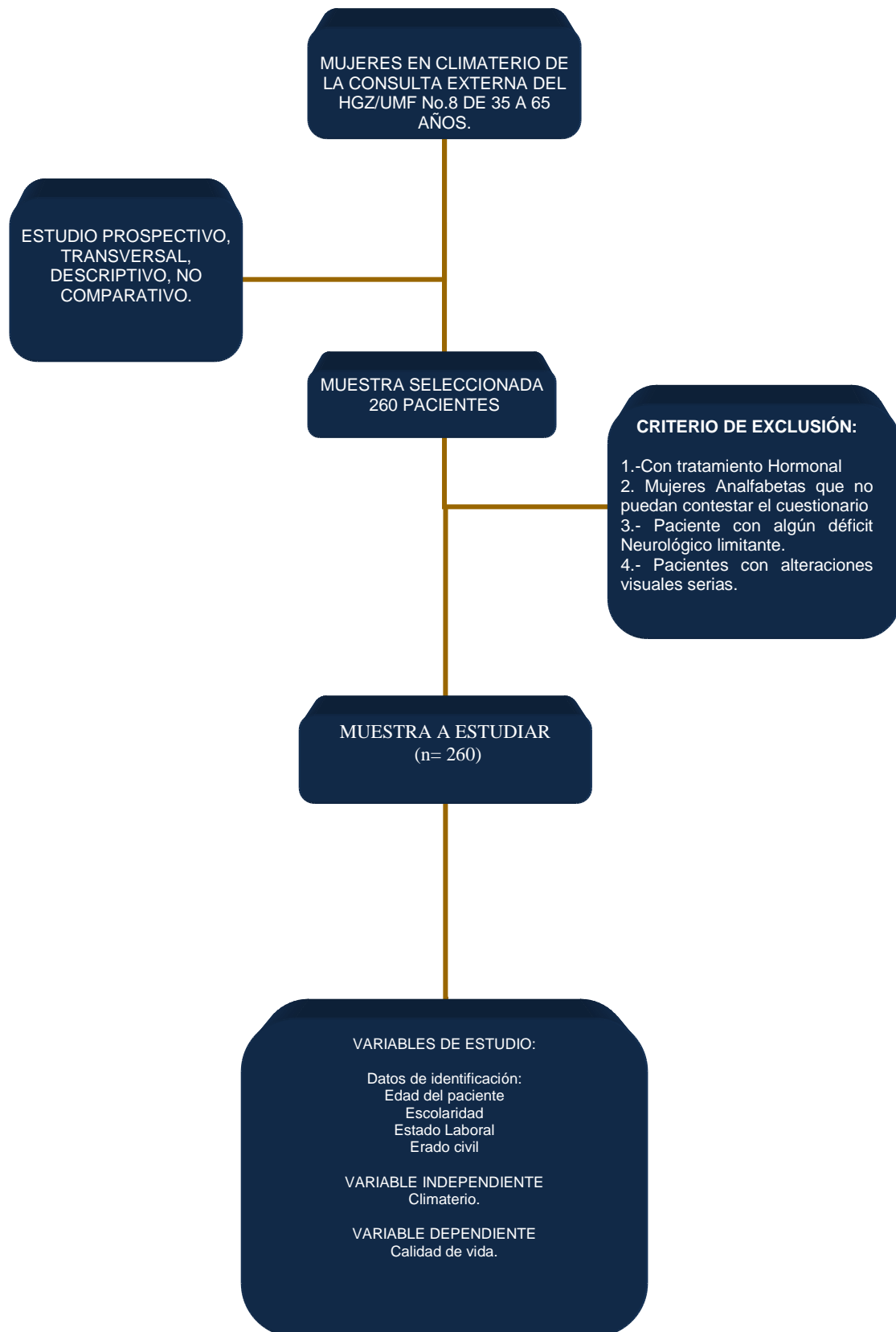
H_1 o alterna: Las mujeres en climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No.8 se encuentran con deterioro en su calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.
- b) Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.
- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.
- e) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



POBLACIÓN O UNIVERSO:

Población urbana del sexo femenino de la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 de 35 a 65 años.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en el HGZ/UMF No. 8, Av. Río Magdalena 289, Tizapán San Ángel, Álvaro Obregón, 01090 Ciudad de México, DF.

TIEMPO: 2012-2014.

MUESTRA:**TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, fue de 260 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.40. Con amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= Proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P(1-P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Mujeres de 35 a 65 años.
2. Mujeres que se encuentren en climaterio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Mujeres que se encuentren con tratamiento Hormonal
2. Mujeres Analfabetas que no puedan contestar el cuestionario.
3. Paciente con algún déficit Neurológico limitante.
4. Pacientes con alteraciones visuales serias.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Mujeres que no completen el cuestionario de 11 ítems.
2. Cuestionarios mal contestados. (que marque en un mismo reactivo 2 o más respuestas).
3. Carta de consentimiento informado no firmada.

VARIABLES:

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre del paciente
- Edad del paciente
- No de afiliación
- Escolaridad
- Estado Laboral.
- Estado civil.

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Calidad de vida.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Climaterio.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variables Demográficas:

- **EDAD:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.
- **ESCOLARIDAD:** Años de estudio cursados y aprobados dentro del sistema formal escolarizado.
- **ESTADO LABORAL.** Situación de trabajo en que se encuentra actualmente.
- **ESTADO CIVIL:** Condición jurídica de cada persona, desde el punto de vista de derechos y deberes civiles de carácter individual y familiar.

Variable independiente:

Climaterio: El climaterio es el periodo que antecede y sigue al cese de la menstruación y se distingue por la disminución de las funciones ováricas productoras de hormonas y gametos.

Variable dependiente:

Calidad de vida: la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos expectativas, normas y preocupaciones.

**DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERÍSTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Número de folio.	Cuantitativa	Discreta	Números consecutivos
Nombre del paciente.	Cualitativa	Textual	Nombre del paciente
Edad en rangos.	Cuantitativa	Ordinal	1= 35 a 45 años 2= 46 a 55 años 3= 56 a 65 años
Edad	Cuantitativa	Discreta	Números consecutivos
Escolaridad	Cuantitativa	Nominal politómico	1= Primaria 2= Secundaria 3= Bachillerato 4= Licenciatura.
Estado laboral.	Cualitativa	Nominal politómico	1= Empleado 2= Desempleado 3= Pensionado.
Estado civil	Cualitativa	Nominal politómico	1=Soltero 2=Casado 3=Unión libre. 4=Viudo

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES DE LA ENFERMEDAD

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
CLIMATERIO	Cuantitativa	Nominal politómico	1. Climaterio temprano. 2. Perimenopausia 3. Climaterio tardío.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE VARIABLES DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Calidad de vida	Cualitativa	Nominal dicotómica	1= Deteriorada. 2= Buena.

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza 90% se calcularon frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

La Escala de Calificación de la Menopausia (MRS).

Es un instrumento fácil de manejar, que se convirtió en estándar para medir las quejas climatéricas en la práctica médica y que cumple con los requisitos metodológicos de una escala moderna de CVRS.

La evaluación del cuestionario completado sigue un esquema simple:

La puntuación es sencilla: la puntuación se incrementa punto por punto al aumentar la gravedad de las denuncias subjetivamente percibidas en cada uno de los 11 ítems (gravedad expresada en 0... 4 puntos en cada reactivo).

Al marcar estas casillas de 5 posibles respuestas de “severidad” para cada uno de los reactivos que el demandado ofrece de su percepción personal. Esto se puede ver en los cuestionarios.

La puntuación total del MRS oscila entre 0 (asintomático) y 44 (grado más alto de quejas). Las puntuaciones de mínimo / máximo varían entre las tres dimensiones dependiendo del número de quejas asignados a la dimensión respectiva de los síntomas: síntomas psicológicos: de 0 a 16 puntos de calificación (4 síntomas: deprimido, irritable, ansioso, exhausto) somato-vegetativo síntomas: de 0 a 16 puntos (4 síntomas: sudoración / ras, quejas cardíacas, trastornos del sueño, molestias articulares y musculares) síntomas urogenitales: 0 a 12 puntos (3 síntomas: problemas sexuales, problemas urinarios, sequedad vaginal).

Las puntuaciones compuestas para cada una de las dimensiones (subescalas) se basa en la suma de las puntuaciones de los ítems de las dimensiones respectivas. La puntuación compuesta (puntuación total) es la suma de las puntuaciones de la dimensión, el puntaje total de los 3 dominios es de 44 entre mayor sea la cifra obtenida mayor es el deterioro de la calidad de vida. Por lo que de 0 a 22 es igual a buena calidad de vida y de 23 a 44 se encuentran con deterioro de calidad de vida.

Los coeficientes de consistencia interna (alfa) para la escala MRS en todos los países: puntuación total y las puntuaciones de lo somático, psicológico y dominio urogenital (anexo 1). La escala MRS es internacionalmente aceptada. La primera traducción fue en inglés. En la actualidad, las siguientes versiones disponibles: Inglés, francés, mexicano / argentina, el lenguaje brasileño, alemán, indonesio, italiano, español, sueco y turco. El alfa de Cronbach es de 0.86. Los coeficientes de consistencia oscilan entre 0,6 y 0,9 entre los países de la puntuación total, así las puntuaciones en los tres dominios. Esto es indicativo de una consistencia muy aceptable de la escala MRS. No hay evidencia de que la escala funciona diferente en tantos países diferentes en cuatro continentes

MÉTODO DE RECOLECCIÓN:

Se aplicó el test MRS a las pacientes entre 35-65 años que presentaron síntomas climatéricos, que acudieron a consulta médica en los consultorios de medicina familiar del HGZ/UMF No.8, que se encontraron en la sala de espera, que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas, se dio instrucciones tanto verbales como escritas de cómo realizar la encuesta, se dio un tiempo máximo de 10 minutos para concluir el cuestionario.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS:

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN:

- Las fuentes de información deben ser similares para todos los participantes.
- Los participantes no deben ser conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.
- Los cuestionarios deben ser claros y bien estructurados.

CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN:

- Evaluar cuidadosamente las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio.
- Utilizar los mismos criterios cuando se seleccionan las unidades de estudio.
- Elegir los grupos de estudio que son representativos de la población.

CONTROL DE SEGOS DE ANÁLISIS:

- Registrar y analizar los datos correctamente.
- Ser cautelosos en las interpretaciones de los datos recabados.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DE LA TESIS:
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No. 8

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPOTESIS					X							
PROPÓSITOS						X						
DISEÑO METODOLÓGICO							X					
ANÁLISIS ESTADÍSTICO								X				
CONSIDERACIONES ÉTICAS									X			
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACPETACIÓN												X
FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X										
RECOLECCIÓN DE DATOS			X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X	X					
ANÁLISIS DE DATOS							X	X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS								X				
DISCUSIÓN DE DATOS								X	X			
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO									X			
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL									X	X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
MPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

Elaboró: Dra. Pineda Orozco Axel Daniela.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Se conto para la realización de esta tesis de investigación con recursos humanos a base de un investigador. Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados se conto con un equipo de cómputo personal Sony WINDOWS 2010, con memoria USB de 16 GB para almacenar los datos y análisis de resultados como respaldo. Los recursos físicos con los que se contaron son las instalaciones de la consulta externa de HGZ UMF No 8 "Gilberto Flores Izquierdo". Los gastos de esta investigación se llevaron a cabo por cuenta de la Dra. Pineda Orozco Axel Daniela.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La siguiente tesis no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado de la tesis, Calidad de vida en mujeres durante el climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8, se encuentra en anexos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

RESULTADOS.

- Se estudió 260 pacientes. La media de edad 53.63 años y con desviación estándar de 6.54 años, valor mínimo de 38 años y valor máximo de 65 años, moda de 49 años, mediana de 53 años.
- En la sección rango de edad se encontró en el grupo de 35 a 45 años 21 (8.1%) pacientes, de 46 a 55 años 139 (53.5%) y en el conjunto de 56 a 65 años 100 (38.5%). (Ver tabla y gráfico 1).
- De acuerdo con la escolaridad, se observó en primaria 25 (9.6%) pacientes, se identificaron con secundaria 104 (40%), nivel bachillerato 101 (38.8%) y por último con licenciatura. 30 (11.5%) (Ver tabla y gráfico 2).
- Dentro de la sección de estado civil se encontró lo siguiente: Casadas 174 (66.9%) pacientes, solteras 24 (9.2%), mientras que en unión libre se encontraron 4 (1.5%) y viudas 58 (22.3%). (Ver tabla y gráfico 3).
- En lo referente a estado laboral se observó: empleadas 156 (60%) pacientes, desempleadas 96 (36.9%) y pensionadas 8 (3.1%). (Ver tabla y gráfico 4).
- Con respecto a calidad de vida se encontró con buena calidad de vida 181 (69.6%) pacientes y con deterioro de su calidad de vida 79 (30.4%). (Ver tabla y gráfico 5).
- En el apartado de climaterio se obtuvo: En climaterio temprano 21 (8.1%) pacientes, en perimenopausia 139 (53.5%) y por último en climaterio tardío 100 (38.5%). (Ver tabla y gráfico 6)
- Dentro de la frecuencia de rango de edad y calidad de vida se encontró en el grupo de 35 a 45 años: 21 (8.1%) pacientes con buena calidad. En el rango de 46 a 55 años: 96(36.9%%) con buena calidad y 43(16.5%) con deterioro en su calidad de vida, por ultimo de obtuvo en el conjunto de 56 a 65 años: 64(24.6%) con buena calidad y 36(13.8%) con deterioro en su calidad. (ver tabla y gráfico 7).

- En el componente de climaterio y calidad de vida se observó los siguientes resultados, en etapa climaterio temprano 21(8.1%) pacientes con buena calidad de vida; en etapa de perimenopausia se encontró, 96(36.9%) con buena calidad de vida y 43(16.5%) con deterioro en su calidad de vida y finalmente en etapa de climaterio tardío se encontraron 64(24.6%) con buena calidad de vida y 36(13.8%) con deterioro en su calidad de vida (ver tabla y gráfico 8)

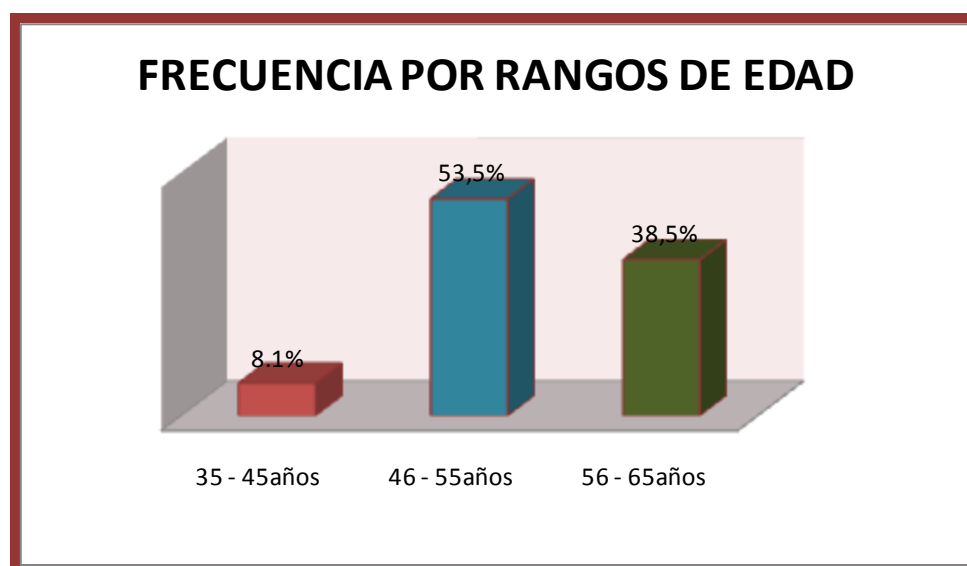
- Con respecto a escolaridad y calidad de vida se observó en nivel primaria 14(5.4%) pacientes con buena calidad de vida y 11(4.2%) con deterioro en su calidad de vida, en escolaridad secundaria se obtuvo 75(28.8%) con buena calidad de vida y 29(11.2%) con deterioro en su calidad de vida, mientras que en el nivel bachillerato: 72(27.7%) se identificaron buena calidad de vida y 29 (11.2%) con deterioro en su calidad de vida y por último dentro del nivel licenciatura: 20(7.7%) con buena calidad de vida y 10(3.8%) con deterioro en su calidad de vida.
(ver tabla y gráfico9)

- En la relación ha estado civil y calidad de vida se encontraron: casadas 120(46.2%) pacientes que mostraron buena calidad de vida y 54 (20.8%) con deterioro en su calidad de vida; solteras 17(6.5%) con buena calidad de vida y 7 (2.7%) se identificaron en deterioro en su calidad de vida, en unión libre 4(1.5%) presentaron buena calidad de vida y 1(1%) mostraron deterioro en su calidad de vida y finalmente viudas 40 (15.4%) que mostraron buena calidad de vida y 18(6.9%) con deterioro en su calidad de vida. (ver tabla y gráfico10).

- En el área de estado laboral y calidad de vida se obtuvo empleadas 124(47.7%) pacientes con buena calidad de vida y 32(12.3%) con deterioro en su calidad de vida; desempleadas 54(20.8%) tuvieron buena calidad de vida y 42(16.2%) se identificaron con deterioro en su calidad de vida y por último pensionadas 3(1.2%) con buena calidad de vida y 5(1.9%) se observaron con deterioro en calidad de vida.(ver tabla y gráfico 11)

TABLA 1. FRECUENCIA POR RANGO POR EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
35-45	21	8.1
46-55	139	53.5
56-65	100	38.5
TOTAL	260	100



Gráfica 1.- Frecuencia por rango de edad.

Tabla 2. FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE(%)
PRIMARIA	25	9.6
SECUNDARIA	104	40
BACHILLERATO	101	38.8
LICENCIATURA	30	11.5
TOTAL	260	100

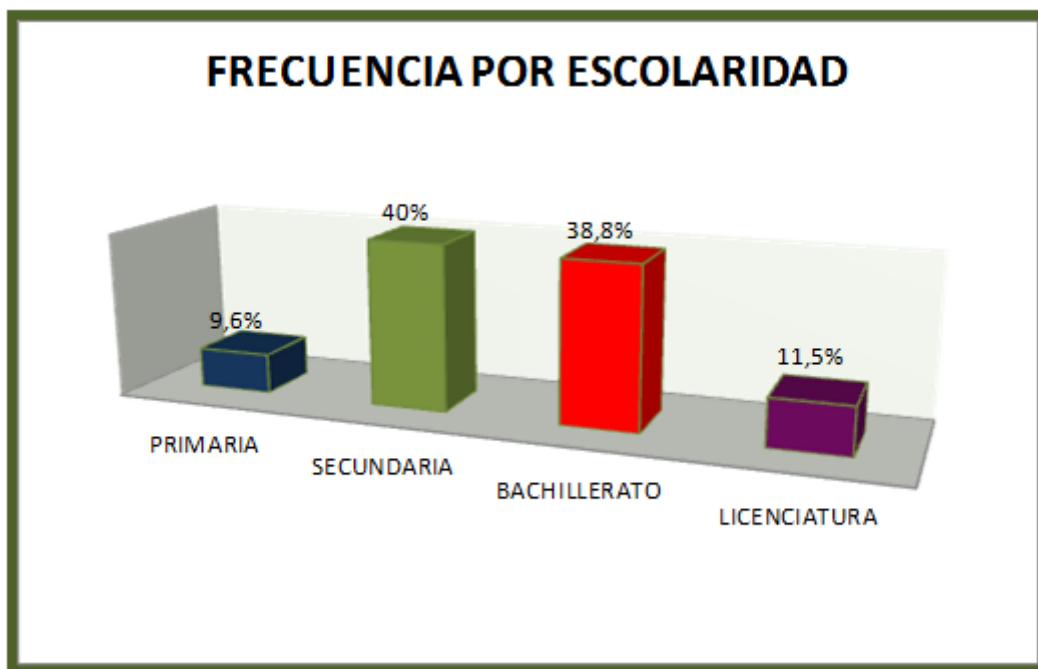


Gráfico 2. Frecuencia por escolaridad.

Tabla 3.- FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE(%)
CASADA	174	66.9
SOLTERA	24	9.2
UNION LIBRE	4	1.5
VIUDA	58	22.3
TOTAL	260	100

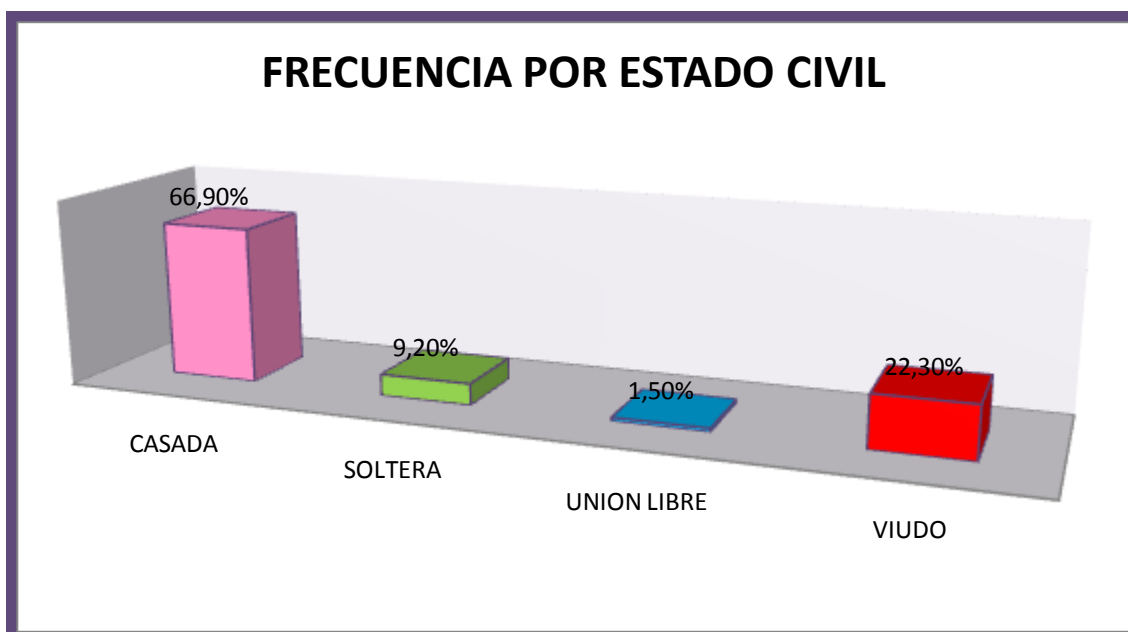


Gráfico 3. Frecuencia por estado civil.

Tabla 4.- FRECUENCIA POR ESTADO LABORAL

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EMPLEADO	156	60
DESEMPLEADO	96	36.9
PENSIONADO	8	3.1
TOTAL	260	100

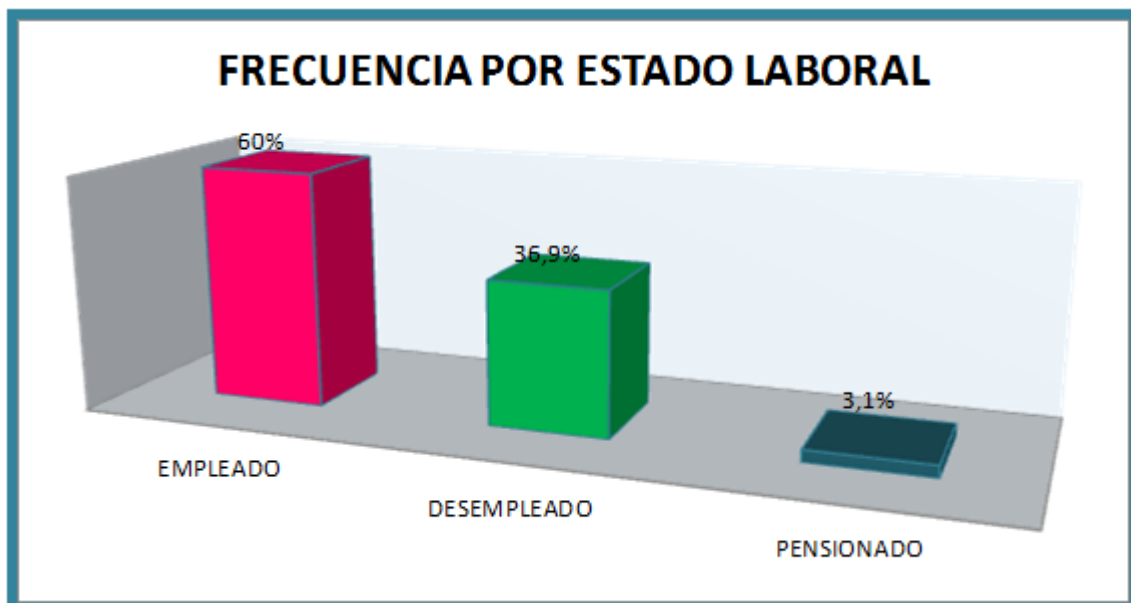


Gráfico 4. Frecuencia por estado laboral.

Tabla 5.- FRECUENCIA POR CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
BUENA CALIDAD	151	69.6
DETERIORO DE LA CALIDAD	109	30.4
TOTAL	260	100

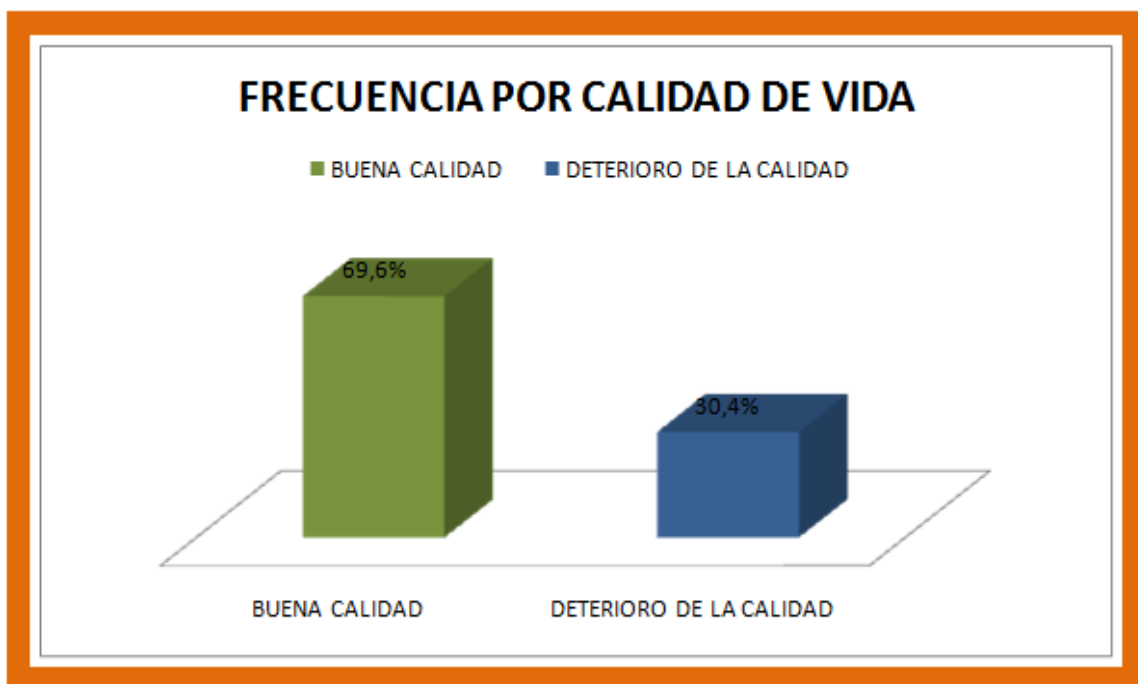


Gráfico 5. Frecuencia por calidad de vida.

TABLA 6.- FRECUENCIA POR ETAPA DE CLIMATERIO.

SITUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CLIMATERIO TEMPRANO	21	8.1
PERIMENOPAUSIA	139	53.5
CLIMATERIO TARDIO	100	38.5
TOTAL	260	100

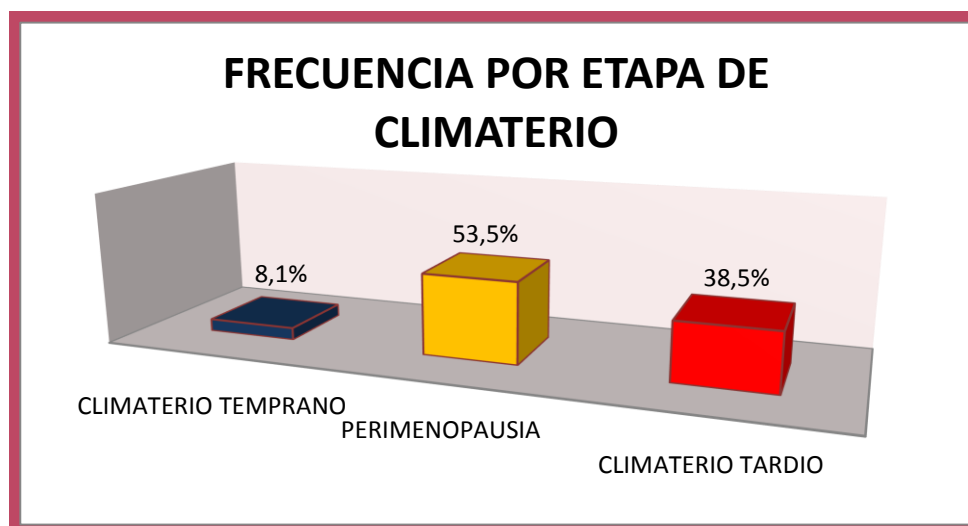


Gráfico 6 Frecuencia por etapa de climaterio.

Tabla 7.-CALIDAD DE VIDA Y RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD (AÑOS)	CALIDAD DE VIDA				TOTAL	
	BUENA		DETERIORADA		FREC	%
	FRECUENCIA	PORCENTAJE%	FRECUENCIA	PORCENTAJE%		
35-45	21	8.1	0	0	21	8.1
46-55	96	36.9	43	16.5	139	53.5
56-65	64	24.6	36	13.8	100	38.5
TOTAL	181	69.6	79	30.4	260	100

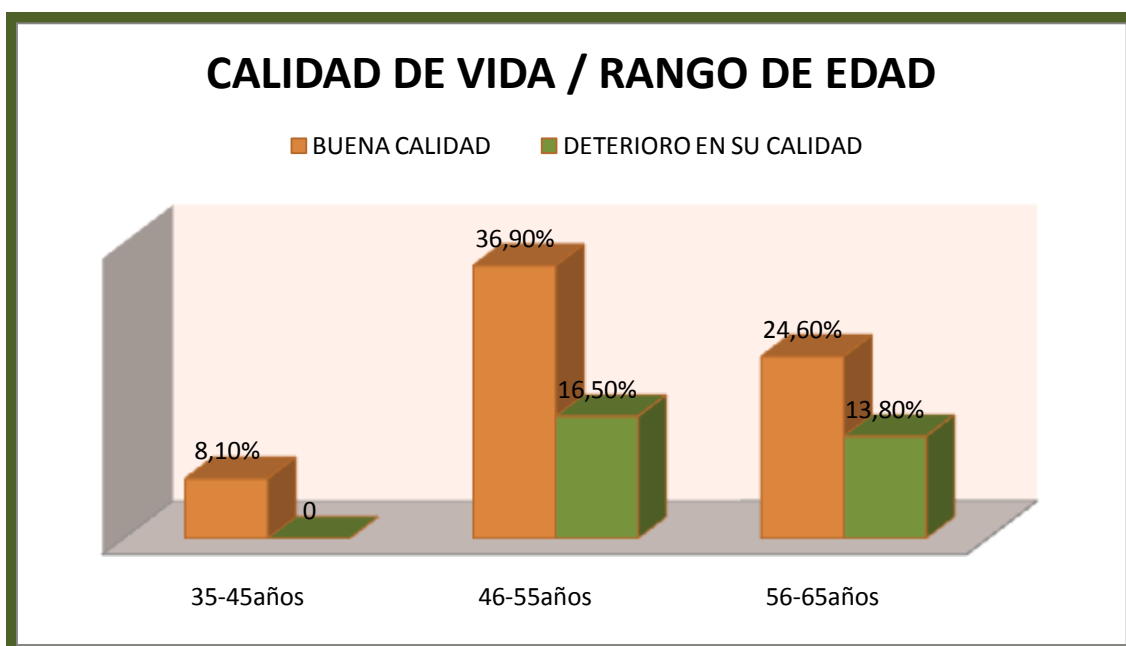


Gráfico 7. Calidad de vida y rango de edad.

Tabla 8.- CALIDAD DE VIDA Y ETAPA DEL CLIMATERIO.

ETAPA DEL CLIMATERIO	CALIDAD DE VIDA				TOTAL	
	BUENA		DETERIORADA			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE%	FRECUENCIA	PORCENTAJE%	FREC	%
CLIMATERIO TEMPRANO	21	8.1	0	0	21	8.1
PERIMENOPAUSIA	96	36.9	43	16.5	139	53.5
CLIMATERIO TARDIO	64	24.6	36	13.8	100	38.5
TOTAL	181	69.6	79	30.4	260	100

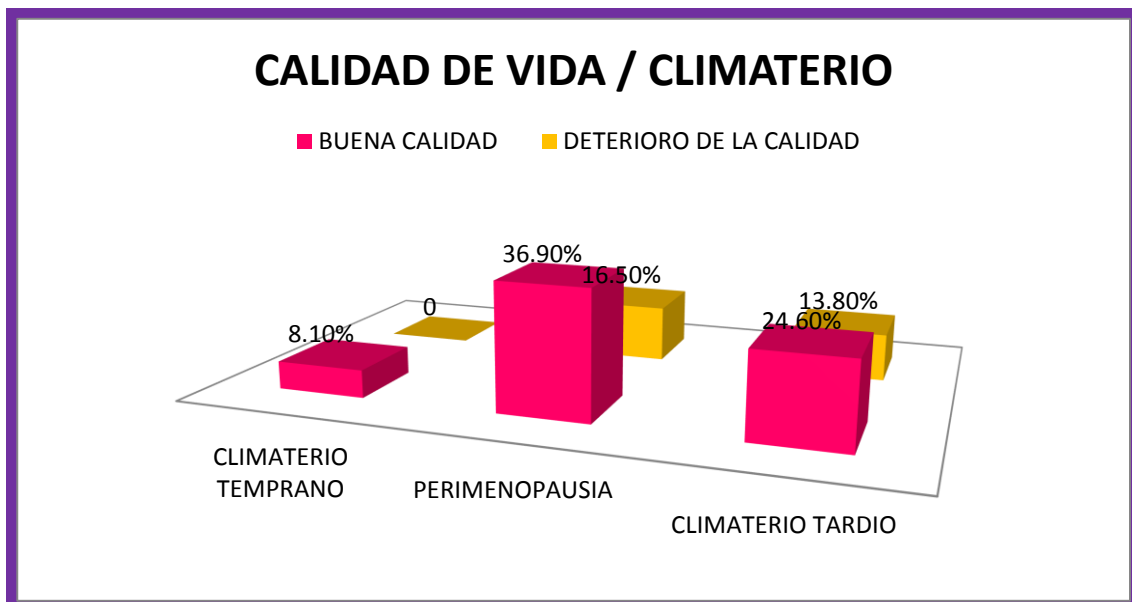


Gráfico 8 Calidad de vida y etapa del climaterio.

Tabla 9.- CALIDAD DE VIDA Y ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	CALIDAD DE VIDA				TOTAL	
	BUENA		DETERIORADA			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE%	FRECUENCIA	PORCENTAJE%	FREC	%
PRIMARIA	14	5.4	11	4.2	25	9.6
SECUNDARIA	75	28.8	29	11.2	104	40
BACHILLERATO	72	27.7	29	11.2	101	38.8
LICENCIATURA	20	7.7	10	3.8	30	11.5
TOTAL	181	69.6	79	30.4	260	100

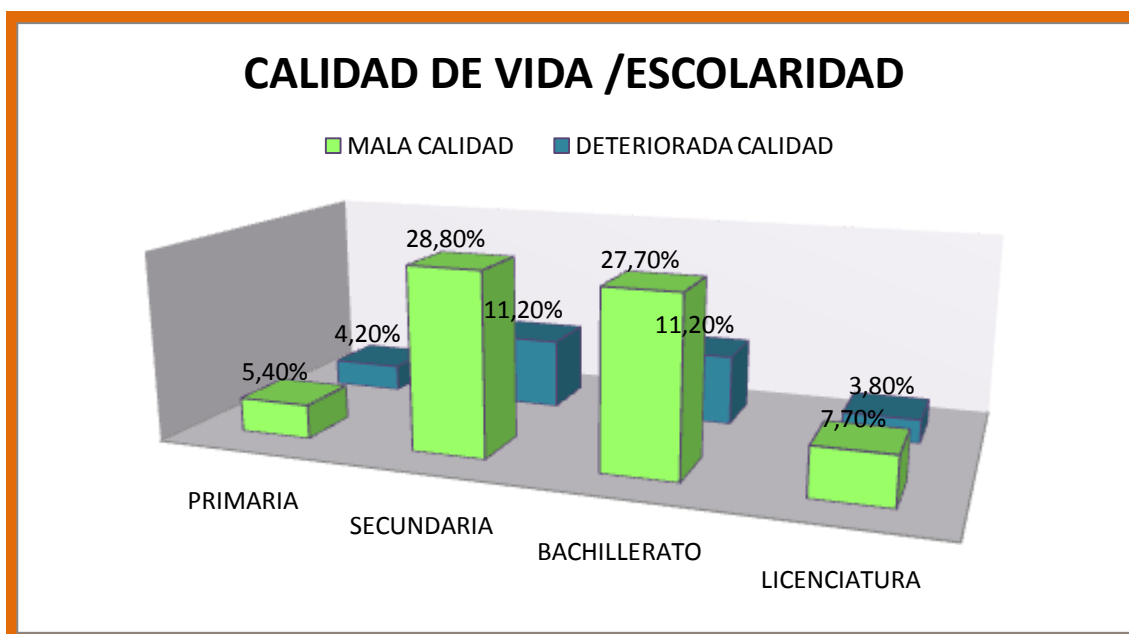


Gráfico 9. Calidad de vida y escolaridad.

Tabla 10. CALIDAD DE VIDA Y ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	CALIDAD DE VIDA				TOTAL	
	BUENA		DETERIORADA			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE%	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FREC	%
CASADA	120	46.2	53	20.8	174	66.9
SOLTERA	17	6.5	4	2.7	24	9.2
UNION LIBRE	4	1.5	0	0	4	1.5
VIUDA	40	15.4	18	6.9	58	22.3
TOTAL	181	69.6	79	30.4	260	100

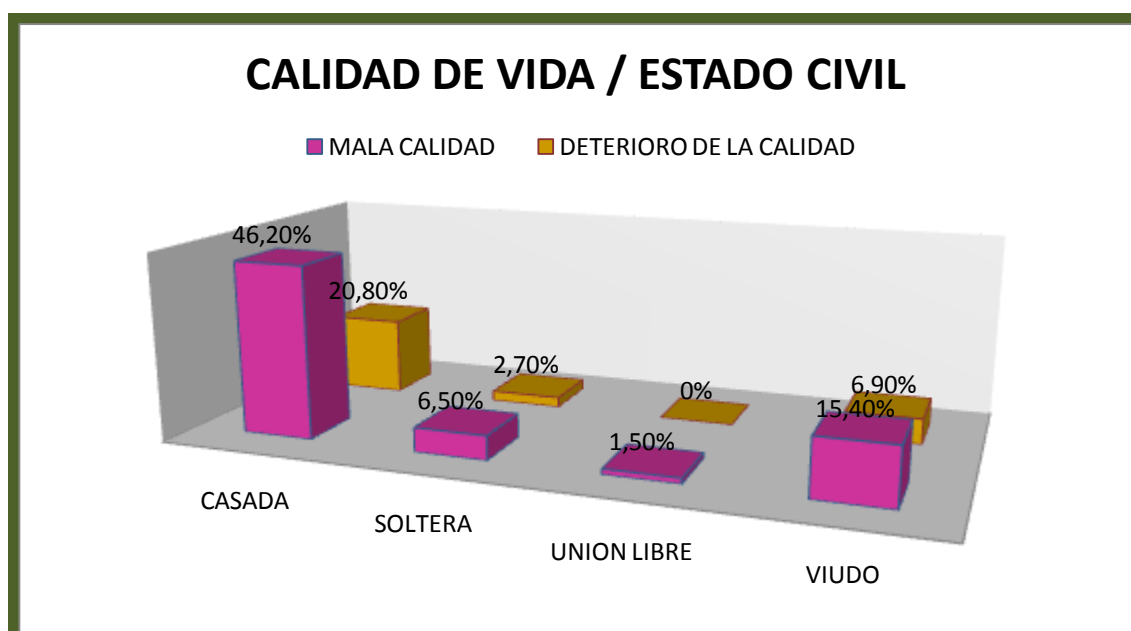


Gráfico 10 Calidad de vida y estado civil.

Tabla 11. CALIDAD DE VIDA Y ESTADO LABORAL.

ESTADO LABORAL	CALIDAD DE VIDA				TOTAL	
	BUENA		DETERIORADA		FREC	%
	FRECUENCIA	PORCENTAJE%	FRECUENCIA	PORCENTAJE%		
EMPLEADO	124	47.7%	32	12.3%	156	60
DESEMPLEADO	54	20.8%	42	16.2%	96	36.9
PENSIONADO	3	1.2%	5	1.9%	8	3.1
TOTAL	181	69.9%	79	30.4%	260	100

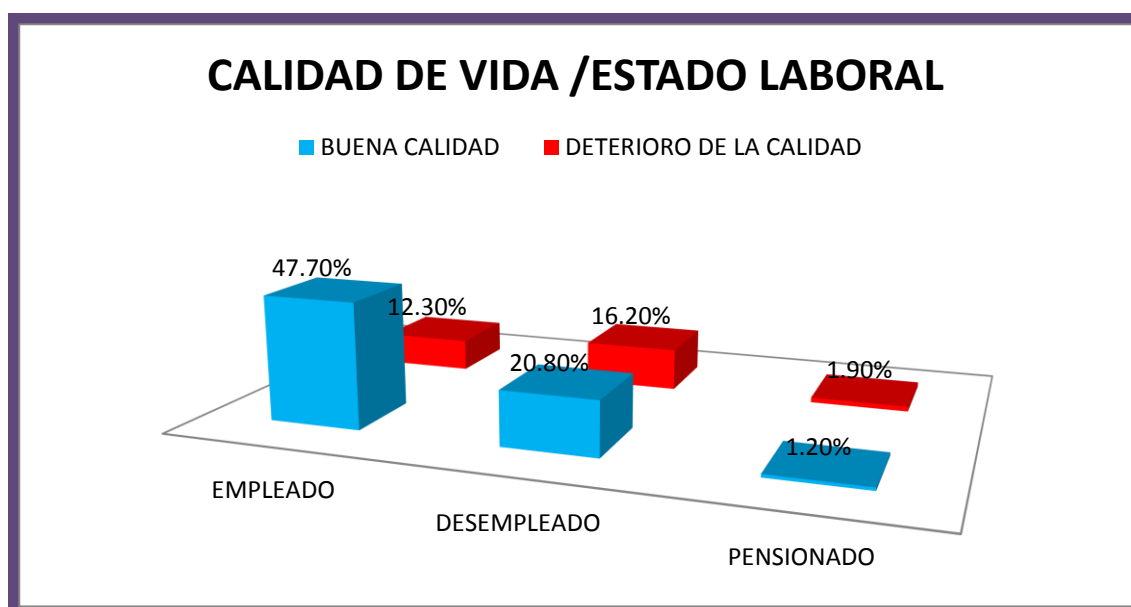


Gráfico 11. Calidad de vida y estado laboral.

DISCUSIÓN.

Cruz et al (2008) en su estudio "Calidad de vida durante el climaterio" encontró que 71.15% de los pacientes estudiadas presentaron buena calidad de vida durante el climaterio. Este dato coincide con nuestra investigación ya que identificamos que el 69.6% de las mujeres de la consulta externa también tienen buena calidad de vida durante el climaterio. Basados en esta información podemos considerar que existe similitud en los resultados de los porcentajes reportados, ya que en ambos estudios el porcentaje de mujeres evaluadas representó buena calidad de vida, ésta situación puede deberse a que las mujeres de la consulta externa presentan sintomatología diferente a las que se encuentran en atención médica de un segundo o tercer nivel, ya que estas pacientes son enviadas por presentar síntomas muy severos.

Peralta et al;(2003) en su estudio "Calidad de vida y climaterio" encontró que el deterioro de calidad de vida principalmente se encontraba en mujeres en etapa de climaterio perimenopausico en un 20%. En el mismo contexto de su historia natural de esta patología, en lo que respecta a su inicio coincide con nuestro estudio de investigación, ya que dentro del rubro con deterioro en su calidad de vida, las mujeres más afectadas fueron aquellas que se encuentran en climaterio perimenopausico con un 16.5%. Por lo tanto en ambos estudios se observa un predominio del deterioro en la calidad de vida en el climaterio perimenopausico; esta característica de esta situación probablemente sea debida a que es una etapa del climaterio en donde se produce el mayor declive estrogenico provocando un mayor desajuste hormonal y mayor cantidad de síntomas, además la esperanza de vida ha aumentado por los avances terapéuticos que hay en la actualidad y su impacto se ve reflejado en el número de mujeres en climaterio que acuden a atención médica.

Navarro y Fontaine; (2007) en su estudio "Síndrome climatérico: su repercusión social en mujeres de edad mediana" halló en su investigación que a mayor nivel educativo a partir de nivel secundaria 78.3% tiende a disminuir la frecuencia y la intensidad del síndrome climatérico por lo consiguiente presentado una buena calidad de vida. Esto concuerda con los resultados de nuestra investigación, en donde se observo que las mujeres con un nivel educativo mayor a primaria tuvieron en un 64.2% con buena calidad de vida, esto puede ser debido a que las mujeres con mayor nivel de escolaridad presentan un alta autoestima y una mayor realización personal, además de estar más informadas lo cual hace que presenten climaterio menos sintomático.

Olaechea; (2012) en su estudio “Quality of life, self-esteem, and happiness in women from mid-high and low socioeconomic status during climateric” se encontró que las mujeres casadas en un 57% tienen una buena calidad de vida. En comparación con nuestro estudio donde se identificó que el 46.2 % de las pacientes casadas también presentan buena calidad de vida. La similitud de los resultados probablemente esté relacionada con tener redes sociales de apoyo, buena comunicación con su familia, así como mayor autoestima y felicidad, situaciones por las cuales presentan menos estados depresivos que puedan aumentar la sintomatología climaterica.

Información relevante a considerar como aportación de nuestra investigación es que no se encontraron estudios en la literatura que comparen la calidad de vida durante el climaterio con estado laboral. En nuestro estudio se identifico que 47.7% eran empleadas con buena calidad de vida. Esta relación puede ser debida a que en lo que respecta a la autonomía de la mujer (la toma de decisiones y la no dependencia) es uno de los principios de su crecimiento, el no sentir que es una carga familiar y social, sino mas bien sentirse un ser pleno y productivo, juega un papel fundamental para el bienestar físico y emocional de la mujer en climaterio, lo cual puede llegar a ser beneficioso el contar con un trabajo.

Sin embargo aunque se han mencionado aspectos positivos de nuestra investigación también es necesario recalcar que tuvo limitaciones ya que solo se centró en las pacientes que acudieron a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8. En este sentido una de estas limitaciones fue el hecho de que aunque se realizaron un mayor número de encuestas muchos de los cuestionarios tuvieron que ser eliminados por no estar bien contestados por la implicación de los tiempos de la consulta.

Además se presentaron sesgos de información principalmente al leer la parte del dominio urogenital por el sentimiento de vergüenza de las pacientes a ser criticadas al presentar estos síntomas, situación por la cual muchas de las veces no lo contestaban de acuerdo a su sintomatología verdadera.

Ahora en lo que respecta a los alcances de esta investigación se debe tomar en cuenta que la población de pacientes climatericas va en aumento (principalmente debido a que hay una mayor esperanza de vida) y muchas de ellas necesitarán de alguna opción de manejo terapéutico. En este sentido se espera que el presente documento permita ser una aportación sobre cómo evaluar la sintomatología climaterica y cómo está influyendo en la calidad de vida de las mujeres en la consulta externa, y así podamos establecer acciones terapéuticas y con su respectiva referencia oportuna en caso de ser necesaria la atención en un segundo nivel de atención.

El médico familiar es aquel profesional que orienta, explica y educa, logrando la confianza de su paciente; así como su manejo multidisciplinario. Es así como el especialista en familia se convierte en el líder del proceso salud enfermedad y dentro de ese liderazgo debe intervenir como administrador en los programas de educación con actividades que fundamenten programas preventivos que permitan la mejoría integral de la vida de toda mujer en etapa relacionada con el climaterio. De ahí la importancia de conocer los cambios asociados, caracterizar los síntomas climatéricos y su comportamiento en los diferentes estados menopáusicos, para establecer medidas de prevención e intervención óptimas en esta etapa de la vida de la mujer de modo que se optimice la calidad de la misma y evitar posibles complicaciones. Además el médico familiar como investigador siempre debe de estar buscando la mejor opción terapéutica y el manejo adecuado de cada paciente dependiendo de la etapa del climaterio en la que se encuentre y tomando en cuenta su esfera social, cultura y psicológica para realizar cambios de estilos de vida saludables.

CONCLUSIONES:

En esta investigación se estudió 260 pacientes en donde la edad que predominó fue de 53.63 años.

En el presente estudio se evaluó la calidad de vida en mujeres durante el climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No 8 y el porcentaje de pacientes con buena calidad de vida fue mayor con un 69.6%. Este resultado tal vez fue debido a la aportación individual de cada una de las variables encontradas (estado laboral, escolaridad y estado civil) las cuales pueden funcionar como circunstancias benéficas para reducir la sintomatología climatérica en estas pacientes.

Cabe resaltar que dentro de las mujeres que presentaron buena calidad de vida existió un predominio de la escolaridad secundaria con un 28.8%, bachillerato 27.7% y con nivel licenciatura 7.7%, probablemente esto se deba a que las mujeres con este tipo de escolaridad (mayor a primaria) tienen más conocimiento de esta etapa de la mujer, por lo que acuden más fácilmente a la consulta al momento de presentar algún tipo de sintomatología climatérica.

Otro punto importante fue el estado laboral en el cual predominó el grupo de mujeres empleadas con 47.7%, la razón podría ser que probablemente estas pacientes al contar con un trabajo que les proporcione el derecho a contar con seguridad social tienen la oportunidad de acceder a la atención médica de sus síntomas, evitando así el deterioro de su calidad de vida.

Por otro lado se encontró que el estado civil fue un factor importante en las pacientes que presentaron buena calidad, principalmente en las pacientes casadas con un 46.2%, esto tal vez se deba a que este grupo de mujeres cuenta con la red social de apoyo a través de sus parejas y familia, buscando su bienestar y salud de la paciente.

La realización de esta investigación logró su objetivo que era la identificación de la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio en la consulta externa, en donde encontramos que la mayoría de las pacientes tienen buena calidad de vida y con esto se acepta la hipótesis nula: Las mujeres en climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No 8 no se encuentran con deterioro en su calidad de vida de acuerdo a su sintomatología y por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna.

A través de este estudio, el médico de primer contacto pudiera considerar que las variables estado civil, escolaridad y estado laboral además de tener en cuenta que la experiencia del climaterio es diferente para cada mujer, puede presentar complicaciones sin la atención y el apoyo necesario y por ende disminuir su calidad de vida; por lo que es imperativo tener una visión integral y un tratamiento multidisciplinario para el manejo óptimo de este grupo de atención, ya que en las condiciones actuales de la sociedad la mujer tiene un rol preponderante en los procesos culturales, económicos, sociales, laborales, políticos y como eje central de la familia.

Durante esta maravillosa etapa de la vida de la mujer, es imperativo para el especialista de familia tener conocimientos sólidos en el tema para un manejo integral de las situaciones que influyen negativamente en su calidad de vida, por lo que se podrían hacer estudios de intervención antes y después del tratamiento, con diferentes medidas terapéuticas y en diferentes etapas del climaterio, de tipo multicéntrico o casos y controles de las pacientes que se encuentren con mala calidad de vida, para ver si las acciones terapéuticas y psicosociales que se realizaran en ellas, modifican su sintomatología y por consiguiente su calidad de vida.

Concluimos que la mujeres necesitan vivir el fenómeno climatérico sin que despierte el miedo a envejecer y sin afectar su calidad de vida, por lo que es imperioso que los profesionales en medicina de familia implementen estrategias holísticas para atender la demanda del climaterio en forma integral, para hacer que prevalezca la calidad de vida de estas mujeres y no solamente el bienestar físico, por que la mujer es la piedra angular del desarrollo ulterior de la familia en el siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capote BM, Segredo P, Gómez Z. Climaterio y menopausia. Rev Cub Med Gen Integr. 2011 ;(27)4:543-557.
2. Márquez A, Pacheco K. Programa Educativo enfocado en la etapa del Climaterio dirigido a mujeres en edades comprendidas entre treinta y cinco (35) y cuarenta y cinco (45) años que asisten a la Consulta de Ginecología [Tesis]. Venezuela: Universidad de Venezuela. Facultad de Medicina; 2009.
3. Couto ND, Nápoles M. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. Medisan. 2012;(8)16:1185-1194.
4. Capote BM, Segredo P, Gómez ZO. Satisfacción de mujeres en etapa climatérica en Brisas del Golfo, República Bolivariana de Venezuela. Rev Cub Med Gen Integr. 2012; 28(1): 114-122.
5. Corral MA, Pérez P. Clasificación del síndrome climatérico en mujeres de edad mediana, Ciudad de La Habana. Rev Cub Med Gen Integr. 2009; 25(1): 98-130.
6. Capote BM, Segredo P, Gómez Z. Characterization of perimenopause women in Brisas del Golfo, Bolivarian Republic of Venezuela. Rev Cub Med Gen Integ. 2012; 28(2): 93-103.
7. Yanes CM, Chio N. Intensidad del síndrome climatérico y su relación con algunos factores socioambientales. Rev Cub Med Gen Integr. 2009; 25(4): 30-42.
8. Atención del Climaterio y Menopausia, México Secretaria de Salud; 2009.
9. Gómez AA. Menopausia Salud Genitourinaria. Revista Ámbito Farmacéutico. 2010; 29(1): 60-69.
10. Salvador PJ. Climaterio y Menopausia: Epidemiología y Fisiopatología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008;54(1):61-78
11. López M. Guía de Práctica Clínica: Climaterio y terapia de reemplazo Hormonal. 2010: 2-11.
12. Punto de vista de la Asociación Mexicana para el Estudio del Climaterio en el año 2010. Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia. Ginecol Obstet Mex 2010; 78(8):423-440.
13. Braier M. El Climaterio-Ciclo vital una oportunidad para el cambio. Rev Danza Terapia. 2010: 34-72.
14. Bianchi PM. Menopausia, Terapia de Reemplazo Hormonal una Visión desde la Práctica Clínica. Rev. Med. Clin.2009; 20(1):6-14.
15. Genazzani AR, Gambacciani M, Simoncini T. Menopausia y envejecimiento, calidad de vida y sexualidad. Declaración de posición del taller de expertos de la Sociedad Internacional de Menopausia. Revista del climaterio 2008; 11(61):32-42.
16. Consenso de la Sociedad Internacional de Menopausia. Envejecimiento, menopausia, enfermedad cardiovascular y terapia de reemplazo hormonal. Revista del climaterio 2009; 13(73):11-23.
17. Frang HM, Silva D. La Calidad de Vida de las Mujeres en Climaterio. Desarrollo Cientif Enferm. 2008; 16(1): 45-79.

18. Gómez M, Sabhe E. Calidad de vida: evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la comunidad. España: Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología; 2010.
19. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos Conceptuales. Rev Med Chile. 2010; 138:358-365.
20. Salvador S, Márquez R, Romero H. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. Rev Med Inst Seguro Soc 2010; 48(1):91-102.
21. Aedo MS, Campodónico G, Cano A, Valenzuela S. Medición de la calidad de vida relacionada al climaterio. Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2008; 3 (3):222-228.
22. Núñez RA, Tobón S, Arias H Rasmussen C, Santoyo T, Hidalgo M, Rasmussen CB. Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. Perspectivas en Psicología. 2010; 13(1):11-32.
23. Carranza S, Cruz K. Relación entre los síntomas del climaterio y la calidad de vida. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(12):703-5.
24. Heinemann L. Menopause Rating Scale (MRS): Guidance for Industry. Patient-Reported Outcome Measures: Use of Medical Product Development to Support Labelling Claims. FDA. 2006.
25. Del Prado AM, Fuenzalida J, Figueroa J, Flores D, Blumel J. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). Rev Méd Chile 2008; 136(1): 1511-1517.
26. Paternina CA, Monterrosa C; Romero P; Evaluación de la calidad de vida en la menopausia mediante la escala "Menopause Rating Scale" (MRS): una revisión sistemática. 2011; 13(3):139-145.

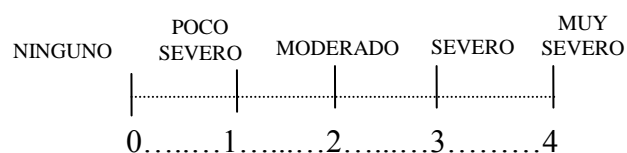
ANEXOS

ANEXO 1.

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LA MENOPAUSIA (MRS)

¿Cuál de los siguientes síntomas y en qué medida diría usted que padece actualmente?
(MOSTRAR Y LEER LA ESCALA)

Síntomas:



- | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Sofocos, sudoración, bochornos..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | Molestias del corazón.....
(cambios inusuales en el latido del corazón saltos en el latido, que se dilate su latido, opresión). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | Problemas de sueño.....
(dificultad en conciliar el sueño, en dormir toda la noche y despertarse temprano). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | Estado de ánimo depresivo.....
(sentirse decaída, triste, a punto de las lagrimas falta de ganas, cambios de humor). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | Irritabilidad (sentirse nerviosa, tensa, agresiva)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | Ansiedad (pánico, impaciencia)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | Agotamiento físico y mental.....
(descenso general en su desempeño, deterioro de la memoria, falta de concentración (falta de memoria). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | Problemas sexuales.....
(cambios en el deseo sexual, la actividad y satisfacción). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | Problemas de vejiga.....
(dificultad al orinar, incontinencia deseo excesivo de orinar). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | Resequedad vaginal (sensación de resequedad.....
ardor y problemas durante la relación sexual). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | Problemas musculares y en las articulaciones.....
(Dolores reumatoides y en las articulaciones). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ANEXO 2.

	N	CALIFICACIÓN TOTAL	PUNTUACIÓN PSICOLOGICA	PUNTUACIÓN SOMATICA	PUNTUACIÓN UROGENITAL
TODOS LOS PAISES	9907	0.83	0.87	0.66	0.65
EUROPA (TOTALES)	4465	0.86	0.88	0.64	0.65
SUECIA	1490	0.85	0.88	0.65	0.64
ALEMANIA	1050	0.84	0.86	0.64	0.63
FRANCIA	941	0.86	0.89	0.64	0.67
ESPAÑA	984	0.86	0.86	0.61	0.67
NORTE AMÉRICA (ESTADOS UNIDOS AMERICANOS)	1440	0.88	0.90	0.70	0.70
AMÉRICA LATINA (TOTALES)	3002	0.86	0.85	0.66	0.60
MÉXICO	1002	0.87	0.86	0.65	0.62
BRASIL	1000	0.86	0.87	0.69	0.55
ARGENTINA	1000	0.83	0.81	0.64	0.62
ASIA	1000	0.84	0.79	0.69	0.65

ANEXO 5.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DE TESIS:
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No8.

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPOTESIS					X							
PROPOSITOS						X						
DISEÑO METODOLOGICO							X					
ANALISIS ESTADISTICO								X				
CONSIDERACIONES ETICAS									X			
RECURSOS										X		
BIBLIOGRAFIA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACPETACION												X
FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X	X					
ANALISIS DE DATOS							X	X				
DESCRIPCION DE DATOS								X				
DISCUSION DE DATOS								X	X			
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO									X			
INTEGRACION Y REVISION FINAL									X	X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ANEXO 6.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Calidad de vida en mujeres durante el climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No8

Lugar y Fecha: Consulta externa del H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Febrero 2013 a Agosto 2013.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:... El climaterio es un fenómeno biológico, social y cultural; hoy en día existen muchas publicaciones sobre los síntomas en el climaterio, pero hay pocos estudios que miden la influencia de esta sobre la calidad de vida de la mujer climatérica. No existen estudios epidemiológicos en nuestro país bien diseñado de estadística de mujeres con síndrome climatérico identificado clínicamente, por lo que se considera población subestimada, sin atención adecuada para mejorar su calidad de vida. Por ello la importancia de identificar la calidad de vida en mujeres durante su climaterio en la consulta externa del HGZ/UMF No8 por medio del cuestionario del MRS el cual es un instrumento para valorar calidad de vida en el climaterio desde las perspectivas propias de las mujeres. El conocimiento sobre la intensidad de los principales síntomas que afectan la calidad de vida de estas mujeres permitirá al médico de primer contacto, ofrecer a la mujer climatérica mejores medidas terapéuticas con el fin de obtener una mejor calidad de vida en esta etapa de la vida.

Procedimientos:..... Se aplicará el test MRS a las pacientes entre 35-65 años en climaterio, que acudan a consulta médica en los consultorios de medicina familiar del HGZ/UMF No8, que se encuentren en la sala de espera, que acepten participar en la investigación de forma voluntaria previo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas, dando instrucciones tanto verbales como escritas de cómo realizar la encuesta, dando un tiempo máximo de 10 minutos para concluir el cuestionario.

Posibles riesgos y molestias:.. Ninguno. No se identificarán ni se trataron aspectos sensitivos de la conducta de los pacientes. El presente es un estudio descriptivo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:..... Ofrecer mejores medidas terapéuticas a la población femenina con sintomatología climatérica de la Consulta externa del HGZ/UMFNo8.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:..... No aplica.

Participación o retiro: El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio:

Identificar la calidad de vida de las mujeres de la consulta externa del HGZ/UMF No8 con el fin de ofrecer una mejor terapéutica para su sintomatología.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio.

Colaboradores: Dra. Axel Daniela Pineda Orozco / Dr. Gilberto Espinoza Anrubio / Dr. Eduardo Vilchis Chaparro.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma