



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1  
ZACATECAS, ZACATECAS



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON  
MENOPAUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ZACATECAS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

QUE PRESENTA

**DRA. MARIA JUDITH RAMOS LÓPEZ**

ZACATECAS, ZAC.

FEBRERO2016



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.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MENOPAUSIA DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ZACATECAS”**

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

**DRA. MARÍA JUDITH RAMOS LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES**

**DR. J. JESUS RODRIGUEZ VALENZUELA**

TITULAR DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. MARTINIANO FLORES LERMA**

COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

**DR. EDUARDO MARTINEZ CALDERA**

COORDINACION AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

**DR. JUAN CARLOS RAMOS ESCALANTE**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

H.G.Z. No. 1, ZACATECAS, ZACATECAS

**DR. ILDEFONSO APARICIO TREJO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.

**DR. CARLOS ALBERTO OROZCO MIRANDA**

MEDICO FAMILIAR. ASESOR CLINICO

**ZACATECAS, ZAC.**

**FEBRERO 2016**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON  
MENOPAUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ZACATECAS**

**QUÉ PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:  
DRA. MARÍA JUDITH RAMOS LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES**

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINACIÓN DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

Índice	Páginas
1. Resumen estructurado	8
1.1. Structured summary	9
2. Antecedentes científicos	10
3. Planteamiento del problema	28
4. Pregunta de Investigación	32
5. Justificación	32
6. Objetivos	
6.1 Objetivo general	33
6.2 Objetivos específicos	33
7.- Hipótesis general de trabajo	34
8. Material y Métodos	
8.1 Diseño y ejes de estudio	34
8.2 Universo de estudio	34
8.3 Población de estudio	34
8.4 Tiempo	34
8.5 Lugar	35

8.6 Diseño muestral	
8.6.1 Tipo de muestreo	35
8.6.2 Tamaño de Muestra	35
8.7.1 Criterios de selección de la población	
8.7.1.- Criterios de inclusión	36
8.7.2.- Criterios de exclusión	36
8.7.3. - Criterios de eliminación	36
8. Variables de estudio	
8.8.1.Variable dependiente	36
8.8.2. Variables universales	36
8.8.3. Variables intervinientes	36
8.8.4. Variable impediante	37
9.0 Definición operacional de variables	37
10. Procedimiento para recopilar la información	42
11. Análisis Estadístico	45
12. Consideraciones Éticas	45
13. Resultados	48
14. Discusión	60

15.- Conclusiones.	
16. Conflicto de intereses	
17.- Perspectivas de este estudio:	
17.1. Médico asistencial	
17.2.- Metodológicas	
Anexo18.1: Instrumento de recolección de la información	67
Anexo18.2: Carta de Consentimiento informado	72
Anexo18.3.- Acta de Dictamen del CLIEIS 3301	
19.- Citas bibliográficas	

## 1.- RESUMEN ESTRUCTURADO

### “FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MENOPAUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ZACATECAS”

Ramos-López María Judith,<sup>1</sup> Fraire-Galindo Ma. Del Carmen,<sup>2</sup> Muñoz-Chávez Ana María,<sup>3</sup> Sotelo-Ham Elma Ivonne<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Alumna del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de Base del IMSS, <sup>2</sup> Médico Familiar UMF No 55, Fresnillo, Zac. <sup>3</sup> Médico con Especialidad en G.O. <sup>4</sup> Médico con Especialidad en Hematología Pediátrica. Doctora en Ciencias. **Introducción:** La menopausia forma parte de una etapa muy importante de toda mujer en cierto periodo de su vida por lo que constituye un evento normativo, pero dependiendo de la severidad de sus manifestaciones clínicas y de la efectividad del tratamiento médico instalado, esta etapa puede superarse sin mayores contratiempos. En caso contrario y dependiendo de la capacidad de adaptación y del tipo de vínculos familiares puede llegar a desencadenarse o agravarse una disfunción familiar y repercutir en su calidad de vida.

**Objetivo:** Identificar la funcionalidad familiar la calidad de vida en sus dimensiones de salud en mujeres en la etapa de menopausia, adscritas en la UMF No. 1, del IMSS, Zacatecas, de marzo a agosto de 2010.

**Material y métodos:** Estudio transversal prospectivo realizada de marzo a agosto del 2010. Se incluyeron a 122 mujeres (fórmula de estimación de proporciones para población finita con un valor de Z de 95%, prevalencia de 9% y un error permitido de 5%) en etapa y diagnóstico de menopausia, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. Se identificaron características socio demográficas, funcionalidad familiar en los aspectos de cohesión y adaptabilidad (FACES III), y la calidad de vida (escala MENCAP) en sus diferentes dimensiones. La muestra de la población participante fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico. Análisis estadístico univariado con media, mediana y moda, desviación estándar, rangos mínimos y máximos así como frecuencias relativas y absolutas y porcentajes. Resultados presentados en cuadros y gráficos.

**Resultados:** Tasa de respuesta 100%. Promedio edad  $47.75 \pm 2.4$  años de edad, rangos 42 a 52 años, predominando el grupo de edad de 47 a 48 años con el 47%. 70% con estado civil casadas, 80% actividades propias del hogar. El 82% con primaria completa, el 57% nivel socioeconómico obrero. Las pacientes presentaron en mayor o menor medida la presencia de mialgias o calambres, cefalea, “nerviosismo”, “calor o bochornos”, insomnio, sensación de hormigueo, sudoración, pérdida de la capacidad para relajarse y para descansar así como mareos. Únicamente las dimensiones de relaciones sexuales, de pareja y de soporte social están por arriba del 2.50, en comparación a las dimensiones de salud psíquica y física, con mayor afectación a esta última (2.23 y 1.18, respectivamente). Las dimensiones con peor calidad de vida se presentan en los aspectos de salud psíquica (n=67), salud física (n=62) y de relaciones de pareja (n=51). Las dimensiones de relaciones sexuales (n=43) y de soporte social (n=39) son las que se perciben como mejor CV, con una prevalencia global de disfunción familiar en ambos aspectos del 51%, frecuencia que disminuye al 37% en su aspecto de adaptabilidad.

**Conclusiones:** La presencia de signos y síntomas presentes en las mujeres con menopausia afectan su calidad de vida. La frecuencia de disfunción familiar es semejante a la reportada en otros estudios.

**Palabras claves:** funcionalidad familiar, cohesión, adaptabilidad, calidad de vida, menopausia.



## 1.1.- STRUCTURED SUMMARY

### "FAMILY FUNCTIONALITY AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH MENOPAUSE FAMILY MEDICINE UNIT NO 1 OF MEXICAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY ZACATECAS"

**Ramos-Lopez Judith Maria**<sup>1</sup> Fraire-Galindo Ma. Del Carmen,<sup>2</sup> Chavez-Muñoz Ana Maria,<sup>3</sup> Sotelo-Ham Elma Ivonne<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Student of the Specialization Course in Family Medicine for General Practitioners Base IMSS, <sup>2</sup> Family Medical UMF No 55, Fresnillo, Zac. <sup>3</sup> Medical Specialty in no GO. <sup>4</sup> Family Medical unfamiliar with Specialty in Pediatric Hematology. Doctor of Science.

**Introduction:** Menopause is part of a very important stage of every woman in certain period of his life which is a legal event, but depending on the severity of the clinical manifestations and the effectiveness of medical treatment installed, this step can be overcome without mishap. Otherwise and depending on the resilience and the type of family ties can be triggered or aggravated reach family dysfunction and affect their quality of life.

**Objective:** To identify family functioning quality of life in their health dimensions of women in the menopausal stage, attached in the FMU No. 1, IMSS, Zacatecas, from March to August 2010.

**Material and Methods:** A prospective cross-sectional study conducted from March to August 2010. It included 122 women (estimation formula for finite population proportions with a value of Z 95% prevalence of 9% and 5% MPE) stage and diagnosis of menopause, selected by non probability sampling. Sociodemographic characteristics, family functionality in the areas of cohesion and adaptability (FACES III), and quality of life (scale MENCAV) in its different dimensions were identified. The sample of the participant population was selected by non-probability sampling. Univariate statistical analysis with mean, median and mode, standard deviation, minimum and maximum ranges as well as absolute and relative frequencies and percentages. Results presented in tables and graphs.

**Results:** 100% response rate. Average age  $47.75 \pm 2.4$  years, range 42-52 years, mainly age group 47-48 years 47%. 70% married marital status, 80% of home activities. 82% with complete primary, 57% workers' socioeconomic status. The patients had a greater or lesser extent the presence of muscle pain or cramps, headache, "nervousness", "hot flashes", insomnia, tingling, sweating, loss of ability to relax and rest and dizziness. Only the dimensions of sex, marital and social support are above the 2.50, compared to the dimensions of mental and physical health, with greater involvement of the latter. The dimensions of sex, marital and social support are above the 2.50, compared to the dimensions of mental and physical health, with greater involvement of the latter (2.23 and 1.18, respectively). Dimensions with poorer quality of life are presented in the areas of mental health (n = 67), physical health (n = 62) and relationships (n = 51). The dimensions of sexual intercourse (n = 43) and social support (n = 39) are perceived as better CV, with an overall prevalence of familial dysfunction in both aspects of the 51% rate decreases to 37% on your aspect of adaptability.

**Conclusions:** The presence of signs and symptoms present in menopausal women affect their quality of life. The frequency of family dysfunction is similar to that reported in other studies.

**Keywords:** family functioning, cohesion, adaptability, quality of life, menopause.

## 2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La mejoría en las condiciones de vida, entre otras causas, ha llevado al envejecimiento de la población a nivel mundial.<sup>1,2</sup> En el caso particular de las mujeres mexicanas de 40 años y más, en el año 2000 se estimó que su incremento fue del 23% de la población total, cifra que se calcula, incrementará al 30% para el año 2020,<sup>3</sup> lo que ha condicionado que un mayor número de ellas alcancen la edad promedio de la menopausia y pasen una importante parte de su vida en la condición posmenopáusica.<sup>4</sup> La menopausia es definida como el periodo menstrual final que ocurre durante el climaterio y se calcula que en promedio ocurre a los 51 años fase que señala la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la vida.<sup>5</sup> Es importante aclarar que la edad mencionada se aplica para algunos países desarrollados, toda vez que algunos investigadores señalan que la edad promedio en la que ocurre este ciclo de la vida de la mujer, en México es entre 48 y 50 años<sup>1</sup> debido a la disminución paulatina y cese total de los esteroides sexuales con modificación en el eje hipotálamo-hipofisario<sup>6</sup> lo que ocasiona aparición de sintomatología específica que interfiere en la calidad de vida (CV) de la mujer en su dimensión física, psíquica y sociológica,<sup>7</sup> presentándose una serie de acontecimientos vitales importantes como preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, riñas con la pareja, síndrome del nido vacío, problemas de índole sexual, etc. que pueden provocar una disminución en el bienestar y CV, conduciendo a estados

depresivos y/o de ansiedad que, al relacionarse con los problemas físicos que aparecen en este período (trastornos cardiovasculares, aparición de várices, osteoporosis, sequedad vaginal, trastornos vasomotores, sofocos, bochornos, etc.)<sup>8</sup> Pueden provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia.<sup>9</sup>

Además, se ha documentado ampliamente que la menopausia es un factor de riesgo para las enfermedades cardiometabólicas, incluyendo el síndrome metabólico (SM), la diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

10

En la actualidad se han descubierto que son muchos los factores psicosociales que inciden en esta etapa y que influyen en la aparición o exacerbación de la sintomatología climaterica; aspectos que tienen que ver con la respuesta individual a esta situación crítica que amenaza su ajuste, imagen y auto-concepto, sobre todo la actitud hacia el climaterio (las mujeres con personalidad ansiosa y con baja autoestima o depresivas, presentan con mayor frecuencia sintomatología climaterica, o aquellas identificadas con un rol tradicional de madres, experimentan una sintomatología más severa en el climaterio).<sup>11</sup> El síndrome menopáusico, como parte del climaterio es, en sentido amplio, un evento biológico cuya construcción se basa en las diversas opiniones, en las tradiciones populares, en el discurso del proceso desde las ciencias biológicas y desde las sociales. En este sentido debe abordarse desde una perspectiva integradora,<sup>12</sup> debido a que

algunos sociólogos han interpretado la instalación de los síntomas en la menopausia como un constructo cultural inducido por una sociedad moderna que sobrevalora la juventud y por lo tanto margina a los adultos mayores y cuyos síntomas son el resultado de diversos factores entre los que se cuenta predominantemente los limitados recursos de que dispone la mujer en la época actual para cumplir un papel en la sociedad que le sea gratificante después de haber terminado la época de la crianza de los hijos.<sup>13</sup> El entorno familiar también influye en forma 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>14</sup>

Las manifestaciones clínicas, producto de los cambios hormonales y de las percepciones del entorno sociocultural que rodean la aparición del climaterio, dan lugar a una elevada demanda de atención médica.<sup>15</sup> Con frecuencia en la consulta externa nos encontramos a personas en las que detrás de las mismas se encuentra un problema de tipo psicosocial donde está implicada la familia y la estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o, como ocurre a veces, por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes, por los que sin duda todos hemos pasado o tendremos que pasar.<sup>16</sup> En muchas de estas ocasiones subyace un trastorno de disfunción familiar, siendo esta situación la que trasciende a través

de la entrevista clínica; en gran parte de los casos esta disfunción tiene su origen en el subsistema conyugal. Algunos autores coinciden, en que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción conyugal. La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral y sencilla en su consulta diaria.<sup>17</sup> Así pues, a través de la historia se han tratado los problemas humanos centrados en el paciente identificado, como una forma profesional de comunicar la etiología, la sintomatología, el pronóstico y tratamiento, sin tomar en cuenta el contexto en el que se desarrolla la persona. El sistema de diagnóstico actual, y más ampliamente utilizado, evalúa y diagnostica solo la patología individual; la situación actual ignora claramente el contexto. El modelo estructural de Salvador Minuchin (1998) presupone que todas las familias tienen cierto tipo de estructura, es decir, predominan en ellas cierto tipo de interacciones las cuales pueden ser funcionales o disfuncionales. Usualmente una familia se definiría como funcional en la medida en que realiza bien sus funciones necesarias, que son dar apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces potenciando la separación e individualización evolutiva de los hijos negociando los conflictos y comunicándose eficazmente.<sup>18</sup> La dinámica familiar se compone de un

conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia; sobra decir que un buen equilibrio y un buen funcionamiento propician la evolución familiar. En esta imagen evolutiva la familia pasa de una etapa a otra, enfrentando dificultades que se traducen a su vez en la acumulación de factores estresantes esperados o no. Lo anterior obliga a responder con cambios internos y externos que permiten transformar a la familia a fin de que afronte las nuevas circunstancias sin perder su continuidad ni funcionalidad. La imposibilidad de transformarse ocasiona la incompatibilidad de las tareas evolutivas de los miembros de la familia, problema que se conoce como disfunción familiar.<sup>19</sup> Cada vez es más común encontrar en la consulta externa situaciones conflictivas de pareja entendiendo por estas dificultades para enfrentar problemas como la crianza de los hijos, económicos, sexuales, administración del dinero, de diversión y esparcimiento. Generando problemas no solo en su pareja sino también en entorno familiar. En ocasiones se da solución a una queja de la pareja pero vuelve a surgir otra nueva<sup>20</sup> se puede decir que los más destacados factores relacionados con la funcionalidad familiar y de pareja son la comunicación directa, y límites claros<sup>21</sup> ya como es bien sabido los trastornos mentales y sufrimiento psicosocial están presentes de forma importante en la consulta de atención primaria.<sup>22</sup>

La evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene en la mujer se hace a partir de escalas clínicas, cuyo propósito principal es proporcionar una medición

cuantitativa de la eficacia de las intervenciones médicas. El índice de Blatt-Kupperman es el referente tradicional, que nos permite conocer los síntomas de las mujeres menopáusicas y con ello, determinar estrategias de salud dirigidas a disminuirlos<sup>23</sup>. Estas manifestaciones necesitan ser evaluadas y tratadas para evitar pérdidas en la salud de la mujer, motivo por el cual esta etapa de la vida constituye una oportunidad que tiene el médico para realizar una medicina preventiva eficaz a fin de mejorar su Calidad de vida, presente y futura.<sup>24</sup>

Como ya se había mencionado, debido al crecimiento acelerado de la población a nivel mundial, se ha presentado el incremento en el número de mujeres mayores de 50 años. En las sociedades latinoamericanas, esto no ha sido a excepción. Desde décadas pasadas ha crecido en forma paulatina la proporción de personas mayores de 60 años y más años, con predominio de las personas del género femenino. El resultado general de este proceso es la conformación de una población fundamentalmente adulta con los efectos que ello tiene en la modificación de las necesidades sociales y el consecuente cambio en los roles y funciones de la mujer. Por otro lado, la mayor longevidad femenina conlleva el riesgo de asociarse a una mayor frecuencia de enfermedades crónicas de tal manera que la discapacidad puede representar una tragedia a escala personal y un desafío para la sociedad que debe proveer servicios de salud y de previsión adecuados en ambientes económicos difíciles. En este contexto, se destaca la importancia del estudio del impacto que tienen estas transformaciones en la calidad de vida (CV) de la mujer de mediana edad toda vez que la salud es un componente importante de la CV. Además, se ha destacado que de los eventos naturales inevitables en la vida de la mujer es sin duda aquella que se caracteriza por el cese de la función reproductora denominada menopausia,<sup>25</sup> etapa de la vida de la mujer es debida a la declinación gradual de la función ovárica. En

México, su presentación es entre los 45 y 50 años de edad. Durante esta fase del desarrollo se producen una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, encaminados a adaptarse a lo que será una etapa de vida vital. El entorno familiar es un factor muy importante en la etapa de la menopausia, ya que esta etapa coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con el esposo o pareja, los hijos y los padres, ya que se pone en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas a la menopausia.<sup>26</sup> convirtiéndose esta fase de la vida de la mujer en un aspecto prioritario, ya que el desarrollo social de las mismas se verá reflejado en su desempeño productivo desde su posición socio-económica y cultural de la sociedad.

El concepto de CV se ha introducido, durante los últimos años en todos los ámbitos de la vida de los países desarrollados, constituyendo actualmente en un elemento de referencia del estado del bienestar, concepto que posee un alto contenido ya que integra múltiples facetas de la vida del individuo, y que socialmente es deseado en las sociedades modernas debido a que se ha superado la postura negativa, donde la enfermedad era a toda costa evitada y cualquier situación donde está estuviera involucrada.<sup>1,4</sup> lo que implica una transición del papel de la mujer y repercusión negativa en su calidad de vida y que puede llegar a repercutir en el ámbito de la funcionalidad familiar.

Si nos remontamos al año 1000 de nuestra época, la expectativa de vida era tan precaria que la mayoría de la población no alcanzaban a vivir los 25 años de edad, tanto hombres como mujeres alcanzaba una edad similar sin que por otro lado existieran diferencias significativas, pero a mediados del siglo XX, en el marco de los avances científicos y tecnológicos la mujer incrementó su esperanza de vida en relación al hombre.<sup>19,27</sup> Ahora bien, en informes publicados por expertos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se calcula que en 1990 habían sobre la tierra 400 millones de mujeres que sobrepasaban los 50 años cifras que se han incrementado de acuerdo al Banco Mundial (BM) de tal



manera que al finalizar el siglo XX había más de 750 millones de mujeres mayores de 45 años en el mundo<sup>28</sup> 2 cifra que llegará a más de 1 200 millones, de acuerdo a la OMS.<sup>2</sup> Hoy en día existen 3,200 millones de mujeres que se encuentran en esta etapa de la vida a nivel mundial y 25 millones que entran en este periodo cada año.

En México se cuenta con 5 millones de mujeres en etapa menopáusica y Zacatecas con 68,717 en el 2009 además de contar con 2983 mujeres adscritas a la U.M.F No. 1. <sup>15,29</sup>

A nivel nacional solo una de cada 11 mujeres acuden a la atención médica por esta causa, y la mayoría terminan abandonando el tratamiento por no tener resultados inmediatos, mientras que el resto no acuden en gran medida para evitar burlas, insultos y comentarios “machistas” que se han generado en el entorno a esta fase de la vida, haciendo que aún en pleno siglo XXI la mujer siga viviendo en forma silenciosa los síntomas de este periodo y las consecuencias que esta pueda ocasionar a un en el núcleo familiar esto obliga a los profesionales de la salud a enfrentar de manera diferente esta población y especialmente en lo que respecta a la entrega del cuidado, se debe tener presente que esta etapa afecta considerablemente la calidad de vida de la mujer en el contexto social, familiar y laboral. <sup>3,30</sup>

Las mujeres que nacen en países europeos y en el continente americano la menopausia ocurre entre los 50 y 52 años de edad, sin embargo existen casos en que esta ocurre anticipadamente a veces hasta 10 años antes a la cual se le considera como menopausia precoz. Gracias a los hallazgos y a las evidencias que la endocrinología logro sobre las causas el diagnóstico y el tratamiento de la menopausia la mujer de nuestra época vive la menopausia de forma diferente que sus ancestros femeninos. La mujer contemporánea demanda para ese tercio de vida que sea saludable y digno de ser vivido, sin resignarse a sufrir los síntomas de sus abuelas.

## **Calidad de vida (CV)**

El concepto de CV es muy amplio y en él influyen numerosos factores privados, sociales, laborales, ambientales, culturales, etc. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) puede definirse como la sensación de bienestar y satisfacción tanto física como mental o social relacionada con los problemas de la salud.<sup>9, 31</sup> En términos generales incluye el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla. La OMS la define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto su estado psicológico, su nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" <sup>7, 32</sup>.

Así indagar la influencia que la menopausia tiene en la calidad de vida de la mujer es muy importante ya que gran parte de la población a nivel mundial la presenta o la presentará en el futuro. La forma ideal de medir la calidad de vida en menopausia es usando como instrumento una escala de medición (cuestionario de calidad de vida).<sup>10</sup>

La mayoría de los estudios sobre calidad de vida en la mujer menopáusica han tenido como principal objetivo analizar el efecto que en ésta tiene el tratamiento hormonal sustitutivo; sin embargo, son muy pocos los instrumentos de medición de la calidad de vida diseñados, no sólo como una medida de resultados de ensayos clínicos, sino también para la evaluación clínica y poblacional de los cambios que supone la menopausia en la calidad de vida de las mujeres. El índice de Kupperman, y una versión posterior del mismo de Neugarten y Kraines, más

que medir la calidad de vida en la menopausia lo que pretendían era desarrollar escalas de síntomas. Un intento de medir la calidad de vida en la menopausia fue el de Wiklund, que tenía como desventajas la falta de dimensiones específicas y que precisaba de un tiempo excesivo para su administración. Uno de los instrumentos más utilizados para valorar la salud general es el cuestionario SF-36. Este cuestionario se centra en la valoración del estado funcional y bienestar emocional, pero sin valorar otros aspectos propios de la menopausia. Existen algunos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud específica para pacientes con menopausia como lo es la escala MENCAV (Menopause Quality of Life), instrumento diseñado y validado en castellano para medir la CVRS de las mujeres menopáusicas con alpha de Cronbach en su escala global de 0.84. Este cuestionario fue diseñado por Hilditch *et al*; nos permite identificar 37 síntomas agrupados en cuatro factores: menopausia y salud física, salud psíquica, relaciones de pareja y relaciones sexuales<sup>9</sup>

Este cuestionario cuenta con una escala compuesta de 37 ítems tipo Likert con 5 opciones de respuesta estructurados en 5 dimensiones así como una introducción relativa a datos socio-demográficos:

1. Salud física: 10 ítems
2. Salud psíquica: 9 ítems,
3. Relaciones de pareja: 3 ítems,
4. Relaciones sexuales: 4 ítems,
5. Soporte social: 10 ítems

Esta escala puede servir para dar respuesta a una necesidad palpable en la práctica clínica la atención a mujeres en etapa de menopausia dado que es un instrumento válido, fiable y de rápida administración.<sup>11, 33</sup>

**Menopausia:** La OMS define este término como la cesación de la menstruación (del griego, “menos”-menstruación y “pausis”-pausa o cesación). Desde el punto de vista médico se define como la última menstruación definitiva de una mujer,

debido a la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular determinada en forma retrospectiva para poder definirse como la última deben transcurrir doce meses después sin ninguna otra menstruación. Entonces, esa es la menopausia, la última menstruación. Sin embargo en términos generales tiene una segunda aceptación se refiere de manera global al proceso de senescencia del ovario incluyendo la peri menopausia y la pos menopausia.<sup>6,34</sup> Debido a los cambios hormonales que sufre la mujer durante esta etapa se presenta una alteración en el comportamiento dentro y fuera del hogar que puede ocasionar una desubicación en ella y en los que la rodean, en la cual se generan cambios en la familia que pueden llegar a ocasionar conflictos y algunas veces la enfermedad de otros miembros de la familiar.

No hay duda 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 deterioro de la salud, factores psicosociales o del estilo de vida. Algunos autores consideran que los únicos síntomas propios de la menopausia son los vasomotores y los relacionados con la vaginitis atrófica pues son los únicos síntomas asociados directamente con la ooforectomía que al ser tratados con estrógenos presentan mejoría. Los síntomas se clasifican en físicos como bochornos, psicológicos como los cambios de humor o mixtos como los cambios cardiovasculares. También se han clasificado en típicos y atípicos. Los primeros incluyen síntomas vasomotores como son (bochornos, sudoración nocturna, cambios y disturbios del sueño). Los segundos a los síntomas asociados tanto a la menopausia como a los cambios propios de la edad como los dolores de cabeza, espalda, articulaciones, piel seca y la dificultad de la concentración, aunque no todas las mujeres las presentan en una misma intensidad y frecuencia ya que no todas pertenecen a un mismo estrato sociocultural siendo esta una probable causa. Se ha visto que los síntomas vasomotores son independientes de los psicológicos sin importar el origen étnico y

siendo estos los más frecuentes en esta etapa se han reportado elevada frecuencia de síntomas depresivos y disminución de la calidad de vida sin embargo algunos estudios realizados no identifican claramente un aumento de las tasas de depresión durante la menopausia natural y los síntomas vasomotores, aunque no hay evidencia clara de que la menopausia produzca depresión el único factor de riesgo para depresión durante la menopausia es historia previa de desorden afectivo las alteraciones del estado de ánimo son una queja frecuente de las mujeres que se encuentran en la transición y disminuyen en la menopausia.

Los síntomas frecuentes que se presentan en la menopausia son estado de ánimo depresivo, cambios de humor, angustia, ansiedad, irritabilidad, cansancio, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño etc. Su asociación con la disminución de los estrógenos no es consistente pero la depresión se ha asociado con la elevación de la hormona foliculoestimulante (FSH) lo que refleja falta de estrógenos con presencia de síntomas psicológicos asociados a bochornos en tanto que las post-menopáusicas a pesar de continuar con bochornos no tuvieron alta prevalencia de síntomas psicológicos, por eso es importante evaluar si los cambios que se presentan en este periodo afectan o no la calidad de vida y funcionalidad familiar.

La menopausia tiene consecuencias patológicas al convertirse en un factor de riesgo para las enfermedades crónicas, principalmente dislipidemias, enfermedad cardiovascular, hipertensión, accidente cerebro-vascular, osteoporosis, obesidad, enfermedades mentales, entre otras, además de los múltiples síntomas y signos que se presentan a corto y mediano plazo, aumentado su morbilidad y mortalidad agudizándose los problemas de soledad y el síndrome de nido vacío que en las mujeres pre menopáusicas<sup>35</sup>, además de que las madres

con rol tradicional experimentan una sintomatología más severa ocasionando una pérdida en su calidad de vida.

### **Tratamiento:**

La consideración de usar la Terapia de Reemplazo Hormonal (THR) debe ser parte de una estrategia mayor que incluya también recomendaciones de estilos de vida en cuanto a dieta, ejercicios, cese de tabaquismo y consumo de alcohol en cantidades seguras para mantener la salud de mujeres peri y postmenopáusicas. El tratamiento farmacológico no debe ser recomendada sin una clara indicación para su uso, por ejemplo síntomas significativos de deficiencia estrogénica ya que la TRH postmenopáusica no es un régimen único para una mujer estándar sino que debe de ser individualizada y ajustada de acuerdo a los síntomas y la necesidad de prevención, así como la historia familiar y personal, resultados de estudios relevantes, y las preferencias y expectativas de la mujer. Las mujeres que experimentan una menopausia espontanea o iatrogénica antes de los 45 años de edad y particularmente antes de los 40 años tienen mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis y podrían estar en riesgo mayor de desórdenes afectivos y demencia ya que se ha comprobado que la TRH podría reducir estos riesgos pero la evidencia de esto es limitada.<sup>36</sup>

### **Familia y funcionalidad familiar:**

El surgimiento de la familia que data de tiempos remotos, y que es la célula básica de la sociedad, ha tenido dentro de sus aspectos fundamentales la función reproductiva, por lo que la aparición de la menopausia produce cambios en este sentido que de una forma u otra modifican su dinámica. No debemos olvidar que la sexualidad, que es una amplia dimensión de la personalidad, va mucho más allá de las relaciones sexuales de la pareja y matiza los intercambios entre las personas de ambos sexos en su vida familiar, laboral y social.

La funcionalidad familiar se ha definido como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis por las

que atraviesa, la familia acorde a sus posibilidades, deben satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, tradiciones propios de la sociedad.

Las reacciones de la familia ante la presencia de la enfermedad dependerá de varios factores como son: el tipo de familia, la cultura, la educación de cada uno de sus miembros, el desarrollo de costumbres ante la salud, frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo.

Los miembros de la familia que son los que están en contacto con la persona que en ese momento está pasando por una situación de enfermedad, son la principal fuente de apoyo emocional y social. También pueden ser los aliados del profesional de salud para conseguir una adecuada recuperación del paciente.

Cuando el grupo familiar que convive junto, pierde la capacidad funcional o no logra establecerla, se suscita la disfuncionalidad, responsable de tantas afecciones de salud de diferentes magnitudes en cualquier período de la vida. El funcionamiento familiar influye en la aparición de enfermedades crónicas, en la descompensación de las mismas, en casi todas las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud.

La evaluación de la funcionalidad familiar es una de las características que más distingue al médico de familia de otras disciplinas generalistas.

En la actualidad se cuenta con instrumentos que se usan para evaluar la funcionalidad familiar muy confiables como lo es FACES III aplicado con éxito en Europa como en México, diseñado por Olson, cuyas siglas significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad.<sup>5</sup> Este instrumento traducido al español

en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen, con alfa de Cronbach de 0.80, Está conformado por 20 preguntas con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares respectivamente, las 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5. Nunca 1, casi nunca 2, algunas veces 3, casi siempre 4 y siempre 5. Olson (1985) considera que la interacción entre la dimensión de la cohesión y adaptabilidad condicionan el funcionamiento familiar, cada una de estas dimensiones tiene cuatro rasgos y su correlación determina 16 puntos familiares, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar.

**Cohesión:** la dimensión de cohesión es considerada unificadora, tiene 2 componentes: el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. La cohesión determina 4 niveles: dispersa, conectada, aglutinada y separada.

### **Adaptabilidad**

La dimensión en adaptabilidad es la habilidad de un sistema moral o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere de un balance entre cambios y estabilidad. Determina 4 tipos: Caótica, estructurada, rígida y flexible.

### **Niveles de funcionalidad familiar**

La relación entre las dimensiones cohesión y adaptabilidad determina 3 niveles de funcionamiento familiar. En el rango balanceado se ubican las familias de óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales y se clasifican en: familias de rango medio y extremas.



### **Estudios realizados en relación a menopausia y síndrome climatérico, calidad de vida y funcionalidad familiar.**

En un estudio realizado por Téxon-Fernández y colaboradores en la Unidad de Medicina Familiar 61 de Veracruz, fueron seleccionadas 102 mujeres entre 40 y 60 años de edad y distribuidas en dos grupos con el fin de comparar la calidad de vida de la mujer climatérica con y sin terapia hormonal de reemplazo durante cinco meses, de marzo a agosto de 2004 se identificó que el estado de salud y la vida sexual mejoró notablemente en las mujeres con terapia hormonal de reemplazo (30 versus 19,  $p = 0.007$ ; y 40 versus 30,  $p = 0.04$ , respectivamente), sin haber encontrado diferencias significativas en seis de las siete dimensiones del instrumento para identificar impacto en la calidad de vida mediante el instrumento denominado “viñetas coop/wonca”, que mide la calidad de vida relacionada con la salud (COOP/WONCA), habiendo concluido que la terapia hormonal de reemplazo no incide en todos los aspectos de la calidad de vida de una mujer en periodo de climaterio y menopausia pero que sin embargo, las pacientes sometidas a la terapia de sustitución perciben un mejor estado de salud y una vida sexual más satisfactoria.<sup>37</sup>

En un estudio comparativo realizado por Vega MG y colaboradores en un tamaño de muestra de mujeres con menopausia que acudieron de julio 2004 a febrero 2005 como acompañantes a las Unidades de Medicina Familiar de Querétaro, México, con el fin de determinar las características del entorno familiar y actitud frente a la menopausia y su influencia en el síndrome climatérico para lo cual las dividieron en dos grupos: sin y con sintomatología del climaterio de tal manera que encontraron que de 140 mujeres entrevistadas, 94 (67%) refirieron algún síntoma relacionado con el climaterio. Los factores que se asociaron al climaterio con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) fueron: pareja disfuncional (OR: 4,69), baja autoestima (OR: 4,52), actitud negativa frente al climaterio (OR: 3,4), antecedentes del uso de anticonceptivos orales (OR: 2,69) y

familia disfuncional (OR: 2,48). La residencia, escolaridad, ocupación, paridad, tener pareja sexual actual, índice de masa corporal, ejercicio, tabaquismo, alcoholismo, tipología familiar, cohesión familiar, no presentaron asociación significativa. Los síntomas más frecuentes fueron: fatiga (69%), bochornos (67%), piel seca (47%), cefalea (46%), irritabilidad (43%), insomnio (39%), ansiedad (39%), disminución de la libido (36%), depresión (34%), pérdida de la concentración y/o memoria (30%), artralgias (29%), resequedad vaginal (24%), concluyendo que el entorno familiar, conyugal y una predisposición negativa ante la menopausia favorecen la presentación de síntomas climatéricos.<sup>38</sup>

En otro estudio realizado de junio de 2007 a diciembre de 2011 en un tamaño de muestra de 192 mujeres colombianas entre 40 y 59 años, menopáusicas y con DM 2 encontraron que el problema más prevalente fueron los trastornos sexuales con el 30.6%, 25% deterioro severo de tipo urogenital y el 16% con deterioro severo de la calidad de vida.<sup>39</sup>

En el estudio realizado en 208 mujeres pre y posmenopáusicas naturales y residentes en el Caribe de Colombia, de 40 a 59 años de edad, se identificó en el 50% de ellas algún grado de alteración en su calidad de vida, el 77% disfunción sexual, sobre todo dolor a la penetración.<sup>40</sup>

En el estudio realizado por Monterrosa Castro y colaboradores en un tamaño de muestra de 1215 mujeres sanas en la edad media de la vida con el fin de evaluar mediante la escala Menopause Rating Scale (MRS) la frecuencia y gravedad de los síntomas menopáusicos presentes entre noviembre de 2006 y enero de 2009, originarias y residentes en distintas comunidades de la región Caribe colombiana, se encontró que las molestias musculares y articulares, oleadas de calor, cansancio físico y mental e irritabilidad se presentaron en más del 60% de las mujeres, pero el síntoma predominante fue diferente en cada estado menopáusico. El cansancio físico y mental predominó en la premenopausia

(58,9%), las molestias musculares y articulares en la perimenopausia (78,9%) y las oleadas de calor en la postmenopausia (83,2%) de tal manera que se identificó un deterioro progresivo de la calidad de vida, en todos los ítems evaluados, al pasar del estado premenopáusico al posmenopáusico. También se halló deterioro de la calidad de vida con el paso del estado premenopáusico al perimenopáusico en todos los ítems (con excepción de los problemas vesicales); de la perimenopausia a la posmenopausia se observó deterioro a expensas de oleadas de calor, problemas sexuales y de vejiga, sequedad vaginal y molestias músculo-articulares, en tanto que los puntajes de molestias cardíacas, trastornos del sueño, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental se redujeron en la posmenopausia, aunque permanecieron por encima de los puntajes de la perimenopausia.<sup>41</sup>

Por otra parte, en otro estudio realizado por Ghazanfarpour, et al, en un tamaño de muestra de 349 mujeres postmenopáusicas en control médico y cuyos datos fueron recolectados a través de la actitud hacia la menopausia (ATM) lista de verificación y el cuestionario específico de Calidad de Vida en pacientes con Menopausia (MENQOL) cuestionarios, identificaron que los síntomas más comunes referidos por las pacientes fueron físico, con dolor articular y muscular con una puntuación media más alta para los síntomas vasomotores ( $1,37 \pm 1,43$ ), seguido por síntomas psicosociales ( $1,32 \pm 1,16$ ), físicos ( $1,22 \pm 0,96$ ) y sexuales ( $0,91 \pm 0,94$ ). La actitud hacia la menopausia fue influenciada significativamente por sudoración nocturna, falta de memoria y falta de sueño. El estado civil y nivel educativo del marido fueron los únicos factores demográficos que se identificaron afectan a la gravedad de los síntomas de la menopausia.<sup>42</sup>

En un trabajo de investigación realizado por Castellanos-De la Cruz y colaboradores, titulado “Perfil de funcionalidad familiar y subsistema conyugal de mujeres con y sin síndrome climatérico en una Unidad de Primer Nivel de Atención del IMSS”, y con el fin de titularse como Médico Familiar, a través de

este estudio de casos y controles en mujeres de la UMF No 16 de Querétaro en el año 2011 en un tamaño de muestra de 96 mujeres con el fin de identificar la funcionalidad familiar mediante el Instrumento de Emma Espejel y en donde encontraron que las mujeres con disfunción familiar es más frecuente la presencia de síntomas (37/48) con OR de 10.9 IC 3.9-25.7<sup>43</sup>

Finalmente, en otro trabajo de investigación realizado por Barragán Quesada y colaboradores en 112 mujeres divididas en 2 grupos iguales (mujeres con síndrome climatérico y mujeres jóvenes) con el objetivo de estudiar la percepción del funcionamiento familiar por la mujer en climaterio respecto a mujeres jóvenes que no se encuentren en esta etapa de la vida. Se identificó un promedio de edad de  $44.3 \pm 5.9$  años de edad en pacientes con síndrome climatérico y mujeres jóvenes que no estuvieran en climaterio,  $27.2 \pm 2.7$  años de edad habiendo encontrado diferencias entre ambos grupos en cada una de las áreas del funcionamiento familiar (Apgar Familiar): adaptabilidad (p 0.001), participación (p 0.002), crecimiento (p 0.001), afecto (p 0.007) y resolución (p 0.003) habiendo percibido sus familias como funcionales 25 (44.6%) de las mujeres en climaterio a diferencia de 45 (80.4%) de las mujeres jóvenes que no estaban en esta etapa, llama la atención que 18 mujeres (32.2%) del grupo climaterio percibió a sus familias con disfunción severa a diferencia de 1 mujer en el grupo de mujeres jóvenes fuera del climaterio. (1.7%), (p 0.0001).<sup>44</sup>

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**Magnitud:** En la actualidad la evidencia muestra que un estimado de mil millones de mujeres han experimentado la menopausia en todo el mundo. La experiencia de la menopausia se ve influenciada por las creencias y los valores predominantes en el entorno socio-cultural, el fondo de las mujeres, y las formas en que las mujeres se acercan cambios en esta fase de la vida. Con independencia de las circunstancias del caso, las mujeres que experimentan la menopausia necesitan tener sus necesidades de atención y el apoyo correspondiente identificado en función de sus perspectivas personales y contextuales. Si bien es esencial para proporcionar el apoyo adecuado a las mujeres que experimentan la menopausia, no hay revisiones sistemáticas hasta el momento se han realizado que se centran en la menopausia sufren las mujeres en todo el mundo.<sup>45</sup>

En este sentido, en la actualidad se considera que el 95 % de las mujeres de los países desarrollados deben pasar por la etapa del climaterio.<sup>46</sup>

**Trascendencia:**

Si bien la menopausia representa el cese de la menstruación y el final de la vida reproductiva de la mujer, desde un punto de vista más integral esta etapa de la vida involucra toda una serie de procesos fisiológicos, endocrinos, psicosexuales, laborales, sociales y familiares entre otros, que deben verse con un criterio holístico para poderlos comprender en toda su magnitud.<sup>47</sup>

Es decir, la menopausia se caracteriza por el periodo menstrual final que ocurre durante el climaterio, el cual promedio ocurre a la edad de los 51 años, fase que señala la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la vida en la mujer. Al existir el cese espontáneo o artificial de la función normal y cíclica del ovario puede provocar la ausencia de la menstruación por más de un año, fase que se considera parte del climaterio. En México, se calcula que este punto de

corte es menor, es decir entre 48 y 50 años y que es ocasionada por la disminución paulatina y cese total de los esteroides sexuales con modificación en el eje hipotálamo-hipofisario lo que ocasiona aparición de sintomatología específica que interfiere en la calidad de vida (CV) de la mujer en su dimensión física, psíquica y sociológica, presentándose una serie de acontecimientos vitales importantes como preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, riñas con la pareja, síndrome del nido vacío, problemas de índole sexual, etc. que pueden provocar una disminución en el bienestar y CV así como posible disfunción familiar.

Por otro lado, se ha de plantear la menopausia, si bien es cierto es un evento esperado en esta etapa biológica de la mujer, es decir es un evento normativo, desde una óptica biopsicosocial se ha de tener en cuenta que la mayoría de los cambios que se producen en el organismo son los esperados con el paso de los años. Asimismo, alrededor de la edad en la que ocurre la menopausia, también se dan otros acontecimientos personales, familiares y laborales del ciclo vital de la mujer, que pueden influir en su calidad de vida de la menstruación<sup>48</sup> así como posibles cambios en la estructura y en la dinámica familiar en donde, si no existe una adecuada funcionalidad de los integrantes de la familia de la persona menopáusica, es decir roles rígidos, pautas de conducta o vínculos afectivos no adaptados a las necesidades de toda la familia pueden ocasionar afectación a toda la familia como un sistema abierto, de tal manera que esta fase biológica de la mujer, en caso de que no cuente con el apoyo familiar pueda llegar a constituir un verdadero fenómeno patológico normativo y ocasionar disfunción familiar entre sus integrantes

Durante este periodo la función reproductiva disminuye gradualmente hasta perderse. Caracterizándose por pérdida de la secreción cíclica de los estrógenos Con mayor desgaste orgánico, existiendo cambios biológicos, psicológicos y sociales,<sup>2</sup> que determinan una nueva condición de la mujer. Se presenta aumento

de peso corporal, alteración de la postura, modificación de la apariencia corporal, disminución de actividad física, Osteoartrosis, síndromes dolorosos musculoesqueléticos, osteoporosis, alteraciones cardiovasculares, obesidad, síntomas vasomotores y alteraciones psicosociales. Dentro de los síntomas psicológicos y emocionales destacan el insomnio, irritabilidad, nerviosismo, estrés, depresión, cambios de apetito, de peso corporal, sueño, actividad psicomotora, fatiga, sentimientos de culpa, dificultad para pensar, encontrarse y de toma de decisiones, además se suman pensamientos recurrentes de muerte.<sup>49,50</sup>

En la actualidad se sabe que se ha incrementado la esperanza de vida en la mujer y con ello el número de mujeres en etapa menopáusica.

Aproximadamente 3,200 millones a nivel mundial y que un 54 % de estas se encuentran presentando los síntomas propios de la menopausia que son cambios tanto físicos, psíquicos y sexuales que probablemente afecten su calidad de vida, esto hace que existan conflictos familiares en las relaciones con sus hijos y conyugue lo que ocasiona que la familia pierda en algunos casos su funcionalidad, la cual es básica en el proceso salud enfermedad y que puede contribuir al mantenimiento o agravar este estado ya que es en el núcleo familiar donde se toman decisiones para contribuir en su tratamiento.

**Vulnerabilidad:** De ahí pues que a través de un diagnóstico sobre la presencia de signos y síntomas que presentan las pacientes en esta etapa biológica de su vida, identificar su percepción de calidad de vida así como la presencia o no de funcionalidad familiar nos permita, desde una perspectiva integradora, ofrecer alternativas de tratamiento a la paciente en beneficio para ella, su familia y nuestros sistemas de salud.

**Factibilidad:** El Instituto Nacional de Geografía y Estadística para el año 2010 reportó una población total mexicana de 112 336 538, de los cuales, 57 481 307 son personas del sexo femenino (51.1%) y de las cuales, el 6.1% de ellas están ubicadas en el grupo etario de los 40 a 49 años de edad, grupo de edad en el cual

puede existir mayor posibilidad de la presencia de datos sugestivos de menopausia. Por otro lado, el Estado de Zacatecas ocupa el lugar 25 a nivel nacional por su número de habitantes (1490 668) de los cuales el 51.03 (763,771) son del sexo femenino, y a su vez el Municipio de Zacatecas tienen un total de 138,176 habitantes<sup>51</sup> de las cuales y de acuerdo al diagnóstico de salud de la Unidad de Medicina Familiar, 2,983 de ellas están adscritas a esta Unidad de primer nivel de atención y tienen el diagnóstico de menopausia.<sup>52</sup>

**Urgencia:** Por esta razón es necesario el haber realizado este trabajo de investigación con el fin de que se identifique la funcionalidad familiar de las pacientes con menopausia y la repercusión de su sintomatología o signología en su calidad de vida en la población blanco derechohabiente que se atiende en un área operativa y así como un mejor vínculo en la relación médico paciente al otorgar un tratamiento más integral.

Es este sentido, se elaboró la siguiente:

#### **4.- PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la funcionalidad familiar y la calidad de vida en mujeres que se encuentran en la etapa de menopausia, en la Unidad de Medicina Familiar No 1, IMSS, Zacatecas, del mes de marzo al mes de agosto del 2010?

#### **5. JUSTIFICACION**

Como se ha mencionado en el planteamiento del problema y en los antecedentes científicos, la menopausia es una etapa biológica de toda mujer en edad media y se debe a una serie de cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario provoca una serie de alteraciones fisiológicas consistentes en deprivación hormonal y que dependiendo de la severidad de los signos y síntomas de esta etapa pueden llegar



a provocar en la mujer que está cursando en sus diferentes etapas de climaterio con cuadro clínico caracterizado por manifestaciones físicas, psicológicas, sexuales y sociales que pueden, en un momento dado afectar su calidad de vida entendida tal y como la define la OMS como la percepción que una persona como individuo tiene de su lugar en la existencia, en su contexto cultural y de sus valores personales y relacionadas con sus expectativas, normas e inquietudes y que desde luego está influido de modo complejo por su salud física y su estado psicológico así como de su nivel de independencia, de relaciones sociales y de su relación con los demás integrantes de la familia, de tal manera que si estos últimos no realizan las modificaciones en sus pautas de conducta o en su dinámica familiar, la etapa biológica por la que pasa su familiar, se puede convertir en una verdadera crisis paranormativa de tal manera que esto se convierta en una enfermedad para la paciente y una carga para la familia y llevar a una disfunción familiar.

En este sentido, la justificación para realizar el presente estudio fue identificar el tipo de funcionalidad familiar y las repercusiones que tiene en la calidad de vida de la población blanco de estudio adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No 1 de Zacatecas, a fin de otorgar una atención médica más integradora en donde no únicamente se vea a la paciente desde el punto de vista biomédico sino, al identificar disfunción familiar y mala calidad de vida en la población objeto de estudio, poder establecer un tratamiento más holístico en donde se valoren desde un punto de vista psicosocial y médico a la paciente involucrando a los integrantes de la familia y de esta manera tratara de mejorar la homeóstasis familiar y la mejor calidad de vida de las pacientes a través de tratamiento farmacológico con beneficio para las mujeres que cursan con esta etapa de su vida, de su familia y de nuestra institución de atención médica.

## **6.- OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo General:**

Identificar la funcionalidad familiar y la calidad de vida en mujeres en la etapa de menopausia, adscritas en la UMF No. 1, del IMSS, Zacatecas, de marzo a agosto de 2010.

### **6.2 Objetivos Específicos**

6.2.1. Identificar las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.

6.2.2. Identificar la funcionalidad familiar de la población de estudio, en los aspectos de cohesión y adaptabilidad.

6.2.3. Identificar la Calidad de Vida en sus dimensiones salud física, salud psíquica, de relaciones de pareja, de relaciones sexuales y de soporte social en la población de estudio.

## **7.- HIPÓTESIS GENERAL DE TRABAJO**

Este estudio por ser descriptivo desde el punto de vista metodológico no amerita de hipótesis.

## **8.- MATERIAL Y METODOS**

**8.1.-Diseño y ejes de estudio:** Estudio transversal prospectivo.

- ❖ Descriptivo
- ❖ Transversal
- ❖ Prospectivo
- ❖ Observacional

**8.2 Universo de Estudio:**

Pacientes del sexo femenino con diagnostico CIE 10 de menopausia o síndrome climatérico, entre los 45 a 52 años de edad, derechohabientes al IMSS de la Delegación Estatal Zacatecas.

### 8.3.- Población de estudio

Pacientes del sexo femenino con diagnóstico CIE 10 de menopausia o síndrome climatérico, entre los 45 a 52 años de edad, adscritas a la U.M.F No 1 del IMSS de la Delegación Estatal Zacatecas.

### 8.4.- Tiempo

De marzo a agosto del 2010

### 8.5.- Lugar

Estudio que se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Zacatecas, Zacatecas.

## 8.6 DISEÑO MUESTRAL

8.6.1.- Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico

8.6.2.- Tamaño de la muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

Dónde:

N = número de total de mujeres derechohabientes a la UMF No 01 con menopausia al mes de febrero de 2010: **2,983**

Z = Nivel de confianza al 95% = 1.96

p = Prevalencia de severidad de síntomas de menopausia: 9% (0.09)

q = Complemento de 1 – p = 9\_100 (0.91)

d = Error permitido = 5% = 0.05

**Desarrollo de la Fórmula:**

$$n = \frac{2,983 (1.96)^2 (0.09)(0.91)}{(0.05)^2 (2,983 - 1) + (1.96)^2 (0.09)(0.91)} = \frac{2,983 (3.8416)^2 (0.0819)}{0.0025 (2,982) + 3.8416^2 (0.0819)} = \frac{11459.4928 (0.0819)}{7.455 + 1.194} = \frac{9387.31}{8.649} = 1085.35$$

$$(0.05)(2983-1) + (1.96)^2(0.09)(0.91) \quad 0.0025(2982) + 3.8416(0.0819)$$

$$\underline{938.53246032} = \underline{938.53246032} = \underline{\mathbf{121.795046595}}$$

$$7.455 + 0.31462704 \quad 7.76962704$$

De tal manera que se obtuvo un tamaño de la muestra de 122 mujeres con rangos de edad de 42 a 52 años de edad adscritas a la U.M.F No 1 de Zacatecas, de marzo a agosto 2010.

## **8.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA POBLACION**

### **8.7.1. Criterios de inclusión:**

Pacientes del sexo femenino con diagnostico CIE 10 de menopausia o síndrome climatérico, entre los 42 a 52 años de edad, adscritas a la U.M.F No 1 del IMSS de la Delegación Estatal Zacatecas es decir que se encuentren en periodo de menopausia ya sea natural o inducida quirúrgicamente (Histerectomía, extirpación de ovarios), adscritas a la UMF No. 1 de Zacatecas, Zac y en control por su médico familiar

### **8.7.2 Criterio de exclusión:**

Pacientes que mediante carta de consentimiento informado no aceptaron participar en el presente estudio. Pacientes con enfermedades crónico degenerativas como AR, diabetes mellitus complicada, Evento vascular cerebral u otra patología que pudieran ser variantes confusoras en la CV.

**8.7.3.- Criterios de eliminación:** Encuestas incompletas

## **8.8.- VARIABLES DE ESTUDIO**

### **8.8.1.- Variable Dependiente**

Calidad de vida

### **8.8.2. Variable Interviniente**

Síndrome menopaúsico

### **8.8.3. Variables Universales**

#### **Características sociodemográficas de las pacientes del sexo femenino**

- Edad
- Grupo de edad
- Estado civil
- Nivel de estudio
- Escolaridad
- Ocupación

#### 8.8.4. Variables Independientes:

**Presencia de datos de menopausia** (Mialgias calambres, cefalea, “nerviosismo”, “calor o bochornos”, insomnio, sensación de hormigueo, sudoración, pérdida de la capacidad para relajarse y para descansar así como mareos).

**Funcionalidad familiar.**

### 9.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Edad	Universal	Es el intervalo transcurrido entre el nacimiento de una persona y el momento en que es observada, calculado en el día, mes y año.	Edad en años cumplidos de la paciente entrevistada	Cuantitativa discontinua	Entrevista directa
Estado civil	Universal	Estado en el que se encuentra el individuo de acuerdo a normas de la sociedad	Estado civil (de acuerdo a la situación legal) de la paciente entrevistada Soltera, casada, viuda, divorciada, unión libre	Cualitativa nominal politómica	Entrevista directa

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de información</b>
Ocupación	Universal	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada	Ocupación referida por la paciente entrevistada en el momento de la encuesta: Obrera, profesionala, ama de casa, auxiliar de limpieza, comerciante, etc.	Cualitativa nominal politómica	Entrevista directa
Calidad de vida relacionada con la salud	Dependiente	Calidad de vida de la paciente entrevistada identificada mediante el instrumento denominado, por sus siglas, MENCAV y que evalúa el Bienestar Felicidad, Satisfacción		Cualitativa nominal dicotómica	Aplicación mediante entrevista, del MENCAV
Menopausia	Interviniente	Diagnóstico de menopausia (cese de la menstruación)		Cualitativa nominal dicotómica	Aplicación mediante entrevista, del MENCAV

		por un año o más ininterrumpido) en la paciente entrevistada			Si No
Relación sexual	Interviniente	Actividad sexual de en la paciente entrevistada		Cualitativa nominal dicotómica	Valoración de encuesta MENCAV
Relación de pareja	Interviniente	Tipo de relación de pareja identificada mediante la Escala de MENCAV		Cualitativa nominal dicotómica	Valoración de encuesta MENCAV
Salud física	Interviniente	Tipo de relación de pareja identificada mediante la Escala de MENCAV		Cualitativa ordinal	Valoración de encuesta MENCAV

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Salud psicológica	Dependiente,	Óptimo funcionamiento operacional de las capacidades mentales	Salud Psicológica de la paciente con menopausia entrevistada	Cualitativa nominal dicotómica	Valoración de encuesta MENCAV



		básicas como la atención, concentración, memoria, orientación, reconocimiento de la circunstancia, control emotivo, control conativo, etc.	Identificada mediante la Escala de MENCAV		
Soporte social	Dependiente,	ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales	Soporte social de la paciente con menopausia entrevistada e identificada mediante la Escala de MENCAV	Cualitativa ordinal	Valoración de encuesta MENCAV
Funcionalidad familiar	Interviniente	Forma en que el sistema familiar como grupo es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma de expresiones de afecto,	Funcionalidad familiar de los integrantes familiares de la paciente I	Cualitativa nominal politémica	Escala de evaluación de funcionalidad familiar FACES III

		crecimiento individual de sus miembros			
--	--	--	--	--	--

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de información</b>
Adaptabilidad	Independiente, cualitativa, discreta, ordinal	Habilidad de un sistema moral o familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación en respuesta a una	Capacidad que tiene la familia para realizar los cambios y modificaciones necesarias para mantener el equilibrio familiar: Rígida, Estructurada, Flexible, caótica	Cualitativa nominal	Adaptabilidad familiar mediante el FACES y

		demanda situacional			
Cohesión	Independiente, cualitativa, discreta, ordinal	Vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia	Tipo de vínculo afectivo familiar en los integrantes de la paciente con menopausia entrevistada familiar: Familia no relacionada, familia semirrelacionada, familia relacionada, familia aglutinada	Cualitativa nominal politómica	Cohesión familiar mediante el FACES III

#### **10.- PROCEDIMIENTO PARA RECOPIRAR LA INFORMACIÓN:**

El protocolo se envió al Comité Local de Investigación y Ética de la Investigación en Salud del Hospital General de Zona No 1 del IMSS, (CLIEIS 3301) de la localidad de Zacatecas, Zacatecas para su análisis, habiendo quedado registrado como autorizado con el **Número R-2011-3301-30 (anexo 3)**. Una vez que se dictaminó como aceptado se acudió con personal directivo y operativo de la Unidad de Medicina Familiar No 1 a fin de solicitarles la autorización y darles a conocer la justificación y objetivos a alcanzar en el presente trabajo. Posteriormente se identificó, a través de los diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) a aquellas pacientes con diagnóstico de Síndrome menopáusico y proceder a la identificación de las mismas: se incluyeron a las pacientes derechohabientes al IMSS con diagnóstico CIE 10 de menopausia o síndrome climatérico, entre los 45 a 50 años de edad, es decir que se encontraban en periodo de menopausia ya sea natural o inducida quirúrgicamente (Histerectomía, extirpación de ovarios), adscritas a la UMF No. 1 de Zacatecas, Zac y en control por su médico familiar. Se excluyeron a aquellas mujeres que mediante carta de consentimiento informado no aceptaron participar en el presente estudio o las que cursaron con enfermedades crónicas degenerativas como AR, diabetes mellitus complicada, evento vascular cerebral u otras patologías que pudieran ser variantes confusoras en la CV. Como criterios de eliminación se consignaron las encuestas incompletas, pero dado que el investigador principal las aplicó personalmente, ninguna de ellas se eliminó.

Se entrevistaron a 122 pacientes, tamaño de muestra obtenido mediante la fórmula de estimación de proporciones para población finita con una  $p$  para la prevalencia a detectar del 9%, valor de  $q$  de 0.91, nivel de confianza al 95% y error máximo permitido del 5%, población que fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico, previa autorización de la carta de consentimiento informado firmada.

Se aplicó el instrumento de recolección de la información el cual está constituido en términos generales por dos tipos de preguntas: un cuestionario auto estructurado y varios instrumentos ya validados para identificar variables de estudio de interés. Este cuestionario consta de 48 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas. Se identificaron las características sociodemográficas de las personas con menopausia, como edad, ocupación y escolaridad entre otras. Para evaluar la variable dependiente, es decir la CV, se utilizó el cuestionario de MENCAV (Menopause Quality of Life), instrumento diseñado y validado en para población española, y que ha sido utilizada en población mexicana, de acuerdo a un estudio realizado por Leodegario Almanza y colaboradores en el hospital de Lázaro Cárdenas del ISSSTE en el estado de Chihuahua, Chihuahua. Para Comparar la calidad de vida en pacientes con sintomatología climatérica sometidas a terapia Reiki como complemento a su tratamiento y sin ella donde se encontró una mejoría en la calidad de vida de las pacientes participantes del 67.5% en el cuestionario MRS y del 20.23 % en la entrevista MENCAV.<sup>58</sup>

La cual cuenta con un alpha de Cronbach en su escala global de 0.84. y que consta de 37 ítems estructurado en 5 dimensiones, las cuales valoran la Salud física (10 ítems), salud psicológica (9 ítems), relaciones sexuales (4 ítems), relaciones de pareja (4 ítems<sup>9</sup> y el soporte social (10 ítems), calificándose la calidad de vida en una escala de índole cuantitativa discontinua en donde el máximo puntaje es igual a 5 y que equivale a mejor CV y la calificación más baja es de 0 y que equivale a peor calidad de vida con un punto de corte, entre ambas  $\geq 3.0$ .

Para identificar el grado de disfunción familiar en los aspectos de cohesión y adaptabilidad se consideró como idóneo emplear el FACES III, el cual, como ya se haya referido previamente, es un instrumento ya validado, con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0.70, que puede utilizarse para valorar la funcionalidad familiar en crisis normativas y paranormativas preferentemente a

todos los integrantes de la familia mayores de edad y familias en etapa de dispersión e independencia, clasifica a las familias en tres categorías: balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales; y de cuya combinación resultan dieciséis tipos de familias. El Instrumento utiliza veinte ítems o reactivos, diez para cohesión y diez para adaptabilidad, estas preguntas son de tipo likert que van de 1 al 5 con posibles respuestas de nunca a siempre, respectivamente, las preguntas pares nos permiten evaluar la adaptabilidad y las preguntas impares identifican cohesión familiar y cuyos puntos de corte se mencionan a continuación:

COHESIÓN FAMILIAR		ADAPTABILIDAD FAMILIAR	
10-34	No relacionada	10-19	Rígida
35-40	Semi relacionada	20-24	Estructurada
41-45	Relacionada	25-28	Flexible
46-50	Aglutinada	29-50	Caótica

Dichos instrumentos se responden en un tiempo aproximado de 20 minutos por la persona entrevistada. La variable dependiente analizada fue la calidad de vida en una escala ordinal. Se obtuvo información de variables intervinientes y previo al reclutamiento de las familias se realizaron capacitación de los participantes en el estudio que fueron tres encuestadores voluntarios (dos médicos familiares y una asistente). A cada una de las participantes se le dio a conocer los riesgos y beneficios del presente estudio.

## **11.- ANALISIS ESTADISTICO**

Los datos obtenidos Se capturaron en el programa estadístico SPSS© versión 15.0 en español. Para variables cuantitativas se aplicó estadística descriptiva de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, rangos mínimos y máximos) y para para variables cualitativas, frecuencias relativas y porcentajes.

## **12.- CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos considerables en la Ley General de Salud, en materia de investigación de los Estados Unidos Mexicanos en el Título Quinto (capítulo único), Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; II al conocimiento de los vínculos entre las causas y enfermedad, la práctica médica y la estructura social III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población. Artículo 100.- La investigación en los seres humanos se desarrollara conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica: II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretendía producir no pueda obtenerse por otro método idóneo: III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la

salud: V. Solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.<sup>53</sup>

En la declaración de Helsinki en el apartado B. Principios para la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente en un protocolo de investigación. La Participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente deber ser incluida en su estudio, a menos que ella acepte libremente. Deben tomarse en cuenta toda la clase de preocupaciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de interés, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y así mismo de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.<sup>54</sup>



El presente estudio no contraviene los aspectos éticos contemplados en el Reglamento de la Ley General de Salud<sup>55</sup> en Materia de Investigación de los Estados Unidos mexicanos, así como en la Declaración de Helsinki<sup>56,57</sup> y sus modificaciones en Edimburgo, Escocia, relativa a las buenas prácticas médicas.

El anteproyecto fue enviado al Comité Local de Investigación y Ética de la Investigación en Salud (CLIEIS 3301) del IMSS del H.G.Z. No. 1 de Zacatecas. Zacatecas, para su aprobación habiendo sido dictaminado como Autorizado con el No. de **registro R-2011-3301-30 (anexo 3)**.

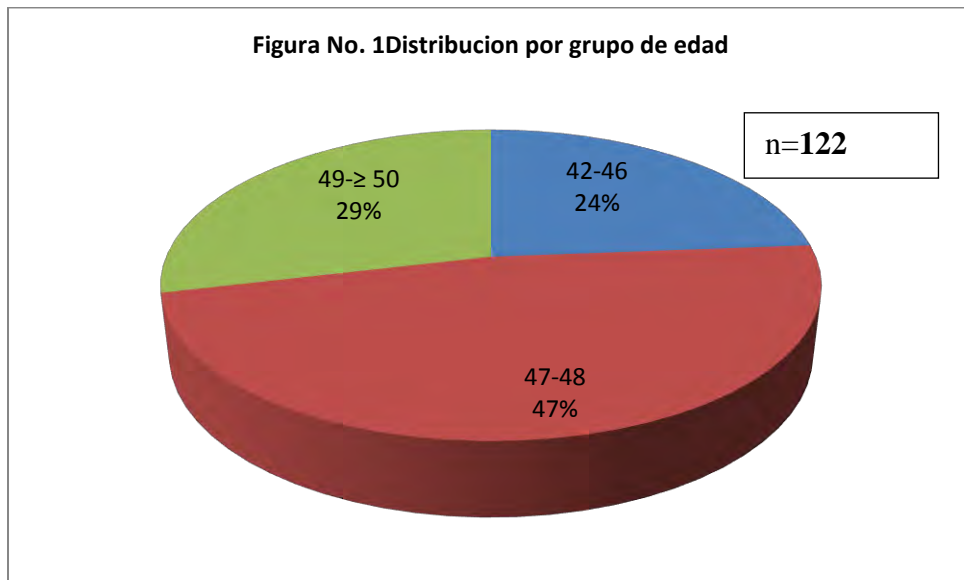
Se solicitó carta de consentimiento informado a todas las familiares participantes

Se guarda la confidencialidad de las participantes y los datos obtenidos son verídicos.

Se implementará una estrategia de intervención en las pacientes con percepción de mala calidad de vida y con disfunción familiar, para mejorar esta y posteriormente reevaluar su impacto en cuanto a la sintomatología durante la menopausia.

### 13. RESULTADOS

Se obtuvo una tasa de respuesta en las familias de las pacientes con diagnóstico de menopausia del 100%. El promedio de edad de las pacientes con diagnóstico de menopausia fue de  $47.75 \pm 2.4$  años de edad, con rangos de 42 a 52 años, predominando el grupo de edad de 47 a 48 años con el 47% (figura 1).



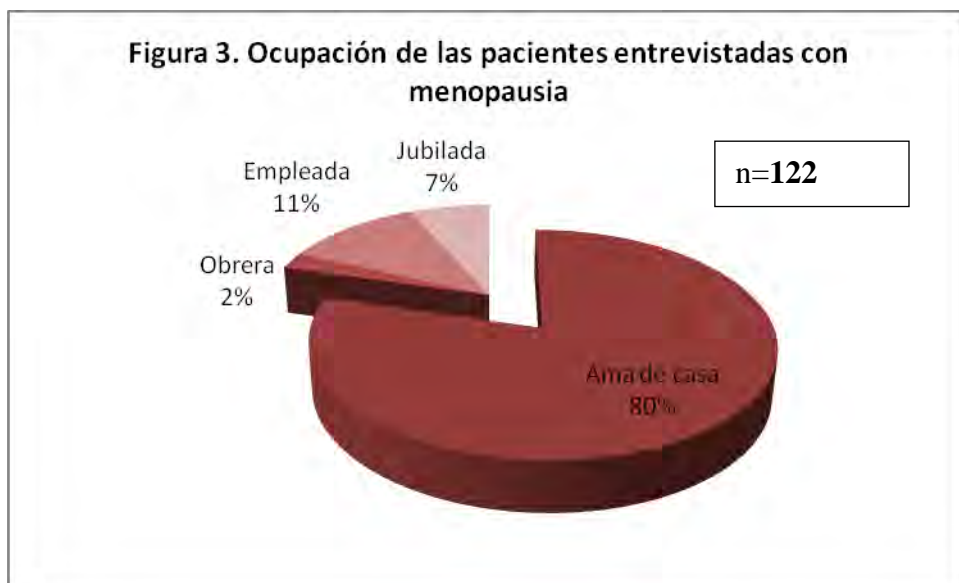
Fuente: Entrevista directa Marzo-agosto 2011

El 70% con estado civil casadas, el 21% viudas y el 6.6% solteras (figura 2).



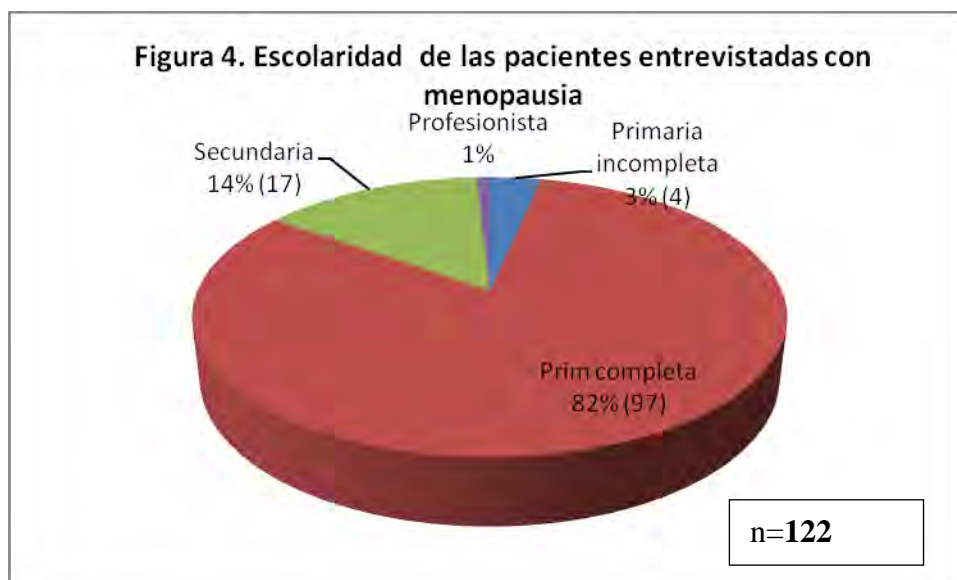
Fuente: Entrevista directa Marzo-agosto 2011

El 80% con ocupación o actividades propias del hogar, mientras que el restante 20% se dedican a otras labores, obreras de maquiladoras, otros empleos, etc. (figura 3).



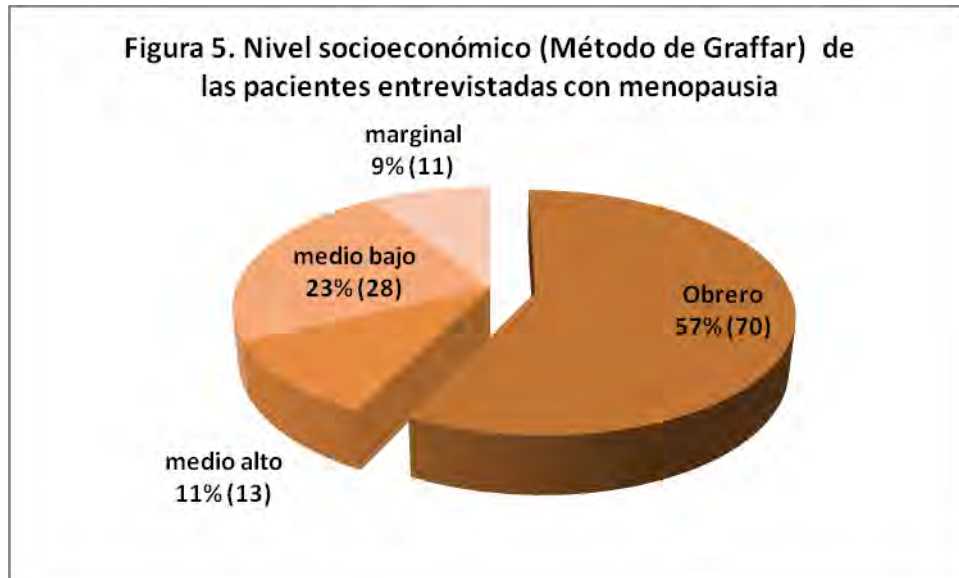
Fuente: Entrevista directa Marzo-agosto 2011

El 82% de las pacientes con escolaridad primaria completa, el 14% secundaria completa (figura 4).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

El 57% nivel socioeconómico obrero, el 23% medio bajo y solo el 11% medio alto.



(Figura 5).

Fuente: Entrevista directa Marzo-agosto 2011

En relación a la sintomatología asociada al síndrome menopáusico, se encontraron los siguientes datos de interés: el 66% de la población entrevistada refirió el síntoma de mialgias o calambres (figura 6).



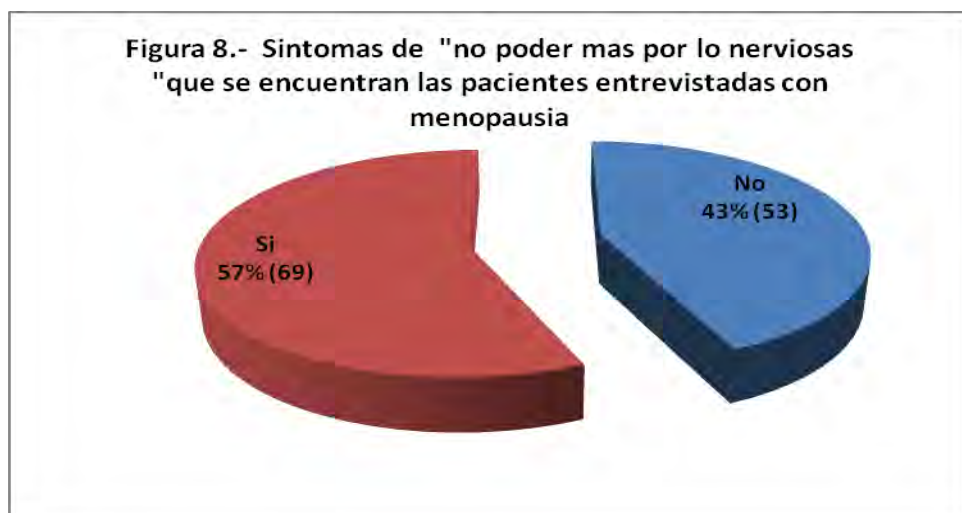
Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

Lo mismo sucedió con la presencia de cefalea, sobre todo durante el día, con una frecuencia del 66% (figura 7).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

El 57% de las pacientes refirieron "no poder más por lo nerviosas que se encuentran" (figura 8).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

El 47% de las pacientes refirieron "calor o bochornos" (figura 9).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

El 88% de las pacientes refirieron la presencia de insomnio (figura 10)



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

El 61 % de las pacientes refirieron la sensación de hormigueo en manos y pies insomnio presente en las pacientes entrevistadas con menopausia (figura 11).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

El 89% de las pacientes refirieron la presencia de sudoración sin esfuerzo (figura 12).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

El 57% de las pacientes presentaron la percepción de pérdida de la capacidad para relajarse (figura 13).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

El 73% de las pacientes refirieron la pérdida de la capacidad para descansar, aunque duerma (figura 14).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

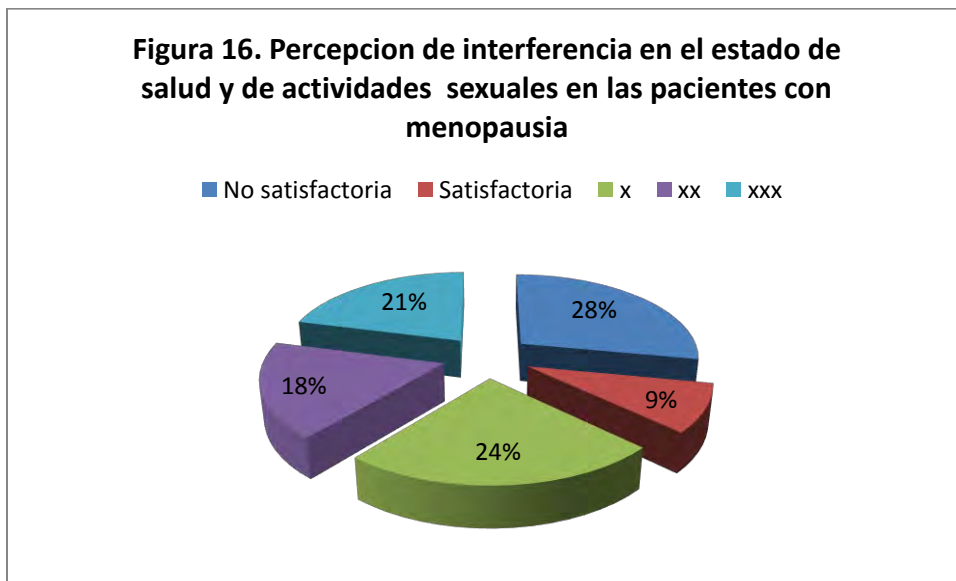
El 96% de las pacientes refirieron la presencia de mareos (figura 15).





Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

Por otra parte, el 28% de las mujeres encuestadas perciben que su estado de salud actual si afecta a su actividad sexual en forma negativa, mientras que solo el 9% manifiesta que su actividad sexual es satisfactorio (figura 16)



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

En el siguiente cuadro se observa el promedio numérico en cuanto a la calidad de vida de la población de estudio. Se observa que únicamente las dimensiones de relaciones sexuales, de pareja y de soporte social están por arriba del 2.50, en comparación a las dimensiones de salud psíquica y física, con mayor afectación a esta última (cuadro No. 1).

CALIFICACION NUMERICA					
DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	1	2	3	4	5
Salud Física	62	7	29	0	24
Salud Psíquica	67	12	17	0	26
Relaciones Sexuales	32	8	21	18	43
Relaciones de Pareja	51	24	3	5	39
Soporte Social	2	23	37	33	27

Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

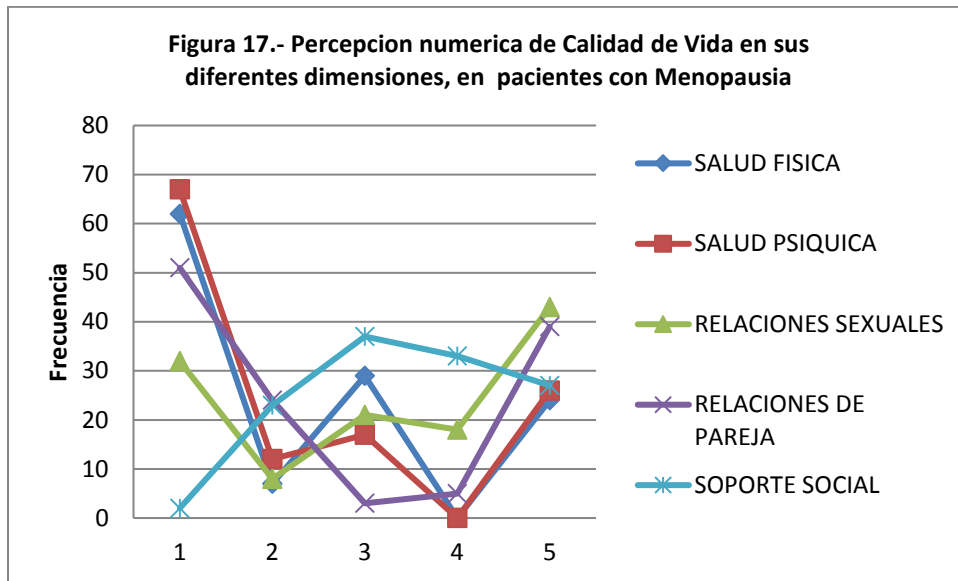
**Cuadro 1. Analisis numérica de las dimensiones de la Calidad de Vida de las pacientes con Síndrome menopaúsico**

	N	Promedio	Desviación Estándar	Error típico del promedio
Dimensión salud física	122	1.81	2.010	.182
Dimensión salud psíquica	122	2.23	1.605	.145
Dimensión relaciones sexuales	122	3.26	1.620	.147
Dimensión relaciones de pareja	117	2.59	1.772	.164
Dimensión soporte social	122	3.49	1.085	.098

Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

En el siguiente grafico se observa la distribución de la percepción de la calidad de vida de las pacientes en estudio en sus 5 dimensiones, tomando como referencia

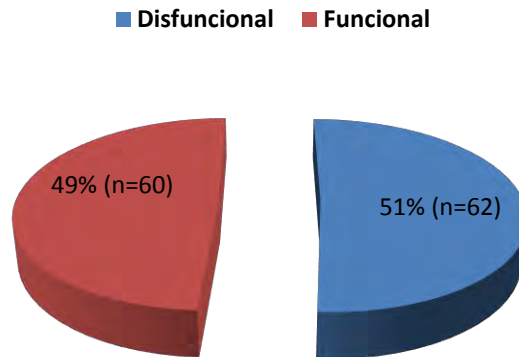
que a mayor puntaje (máximo 5) mejor calidad de vida y viceversa, a menor puntaje, peor calidad de vida (Gráfico 17).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

Como se observa, las dimensiones con peor calidad de vida se presentan en los aspectos de salud psíquica (n=67), salud física (n=62) y de relaciones de pareja (n=51). Las dimensiones de relaciones sexuales (n=43) y de soporte social (n=39) son las que se perciben como mejor CV (cuadro No. 2). Se observa una prevalencia de disfunción familiar en el aspecto de su cohesión familiar del 51% (figura 18).

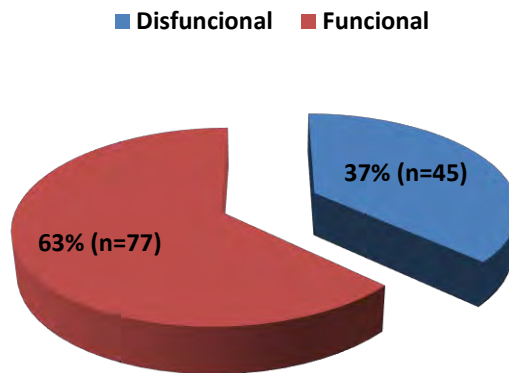
**Figura 18. Prevalencia de disfuncion familiar en el aspecto de cohesión familiar**



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

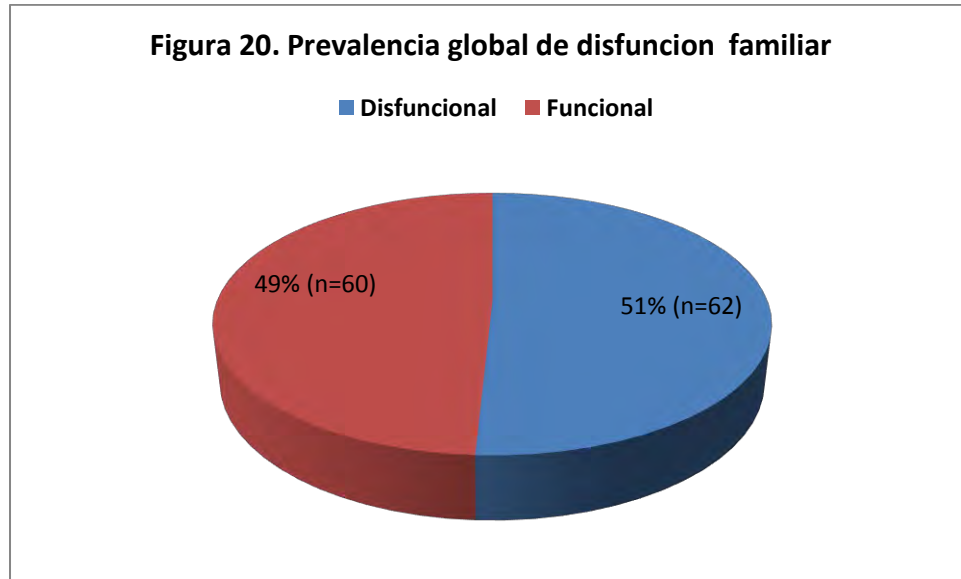
Se observa una prevalencia de disfunción familiar en el aspecto de adaptabilidad familiar del 37% (figura 19).

**Figura 19. Prevalencia de disfuncion familiar en el aspecto de adaptabilidad familiar**



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

Con una prevalencia global de disfunción familiar en ambos aspectos del 51% (figura 20).



Fuente: Entrevista directa. Marzo-agosto 2011

## 14.- DISCUSION

La menopausia se caracteriza por el periodo menstrual final que ocurre durante el climaterio calculándose que en promedio ocurre a los 51 años, fase que señala la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la vida, debido a una disminución paulatina y cese total de los esteroides sexuales con modificación en el eje hipotálamo-hipofisario lo que ocasiona aparición de sintomatología específica que interfiere en la CV de la mujer en su dimensión física, psíquica y sociológica, presentándose una serie de acontecimientos vitales importantes como preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, riñas con la pareja, síndrome del nido vacío, problemas de índole sexual, etc. que pueden provocar una disminución en el bienestar y de su percepción de CV, conduciendo a estados depresivos y/o de ansiedad que, al relacionarse con los problemas físicos que aparecen en este período (trastornos cardiovasculares, aparición de várices, osteoporosis, sequedad vaginal, trastornos vasomotores, sofocos, bochornos, etc.) y que desde luego pueden provocar una

valoración negativa de la experiencia de la menopausia. Que pueden repercutir en el núcleo familiar.

Los síntomas más prevalentes encontrados en las mujeres evaluadas en este estudio fueron: mareos (96%) sofocos/sudoraciones (89%) e insomnio (88%), viéndose afectada la salud psíquica (54.9%) salud física (50.8), relaciones de pareja (41.8%) relaciones sexuales (28%) y soporte social (1.63). En un estudio realizado en 2010 en Chile por José Urdaneta M. y cols donde aplicaron los cuestionario de CVSF-36 y el Menopause Rating Scale (MRS) para estudiar la calidad de vida (CV) en pacientes menopáusicas divididas en 2 grupos con y sin terapia de reemplazo hormonal en una muestra de 200 pacientes con menopausia, se observó diferencia significativa entre el dolor físico y altamente significativo, respecto a los síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales en las pacientes que no tomaron terapia hormonal de reemplazo que en las que si la tomaron. Las pacientes bajo TRH perciben una mayor CV específica respecto a las pacientes que no la reciben, presentando síntomas somáticos o psicológicos menos severos, dicho resultado concuerda con los obtenidos en este estudio ya que como podemos observar hay una gran relevancia en la presentación de síntomas psicósomáticos en relación a la sintomatología física en las mujeres con menopausia<sup>59</sup>

En otro estudio realizado por Cruz Martínez y colaboradores en Tapachula, Chiapas México, para valorar calidad de vida en mujeres durante el climaterio Se aplicaron el índice de Kupperman para evaluar la gravedad de los síntomas menopáusicos y climatéricos, y el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia (MENQOL). A 499 mujeres entre edad promedio de 50.3 años donde de acuerdo al índice de Kupperman los reactivos con media mayor fueron sofocaciones-sudoraciones, irritabilidad-nerviosismo, insomnio, parestesias y melancolía. La gravedad de la sintomatología climática fue 71.15% con síntomas

leves, el 24.85% síntomas moderados y 4% síntomas graves. En el Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia las medias mayores corresponden a las dimensiones físicas y psicosocial, mientras que las medias menores corresponden a las dimensiones sexuales y vasomotoras. Se encontró una correlación positiva entre el puntaje total del índice de Kupperman para sintomatología climatérica y menopáusica en relación al Cuestionario Específico de Calidad de Vida para la Menopausia las dimensiones de calidad de vida más afectadas fueron vasomotor

Y físico arrojando de igual manera el resultado del estudio realizado en la U.M.F. N 1 Zacatecas.<sup>60</sup>

Por otra parte en el estudio de casos y controles para determinar el perfil de funcionalidad familiar y subsistema conyugal en mujeres con o sin síndrome climatérico realizado por Castellano de la Cruz en la unidad de primer nivel de atención del IMSS en Querétaro, México. En el 2011 se estudiaron a 96 pacientes divididas en 2 grupos en el cual se incluyeron a mujeres de 40 a 60 años de edad que acudieron como acompañantes en la umf no.16, donde se excluyeron a las mujeres sin pareja actual, diagnosticadas o tratadas con terapia de remplazo hormonal en donde se estudiaron las variables demográficas, funcionalidad familiar el subsistema conyugal, signos y síntomas del síndrome climatérico en donde se aplicó la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel y la evaluación del subsistema conyugal de Chávez y Velazco en donde se obtuvo una edad promedio de 51.+6.9 en el grupo de casos y 49.9+-5.9 para el grupo control ( $p>0.05$ ) en donde no se encontró diferencia estadísticamente significativa en las variables socio demográficas donde el síntoma más común fueron los bochornos en un 33.3% se encontró que en mujeres con familia disfuncional es más frecuente la presencia de síntomas (37/48:OR:10.9 IC<sub>95%</sub>: 3.950-25.78) para la valoración del subsistema conyugal, el

aspecto de satisfacción sexual mostro estar más afectado en mujeres con síndrome climatérico (31/48 2;OR 2.3 IC<sub>95%</sub> 1.0-5.3) en donde se concluyo que el síndrome climatérico se asocia a funcionalidad familiar y conyugal. En comparación con el estudio realizado observamos que en la prevalencia de la disfunción familiar en el aspecto de cohesión familiar se obtuvo un 51.1%(n=62)para disfuncionalidad y un 49%(n=49) para funcionalidad familiar, en cuanto a la adaptabilidad familiar se obtuvo un 63%(n=77) para funcionalidad un 37 % (n=45) para disfunción familiar, arrojando un global de prevalencia de disfunción familiar de un 51% (n=62) para disfunción y 49%(n=60) para funcionalidad familiar en mujeres con menopausia.

.  
DRA JUDITH ES MUY IMPORTANTE QUE AL REALIZAR LA DISCUSION DE SU INFORMACION SE REALICE DE UNA MANERA ORDENADA Y LOGICA CUIDANDO LA ORTOGRAFIA Y SINTAXIS. PARA ELLO SE REUEQRIRA COMO MINIMO ANALIZAR DOS A TRES ARTICULOS QUE ETEN REKLACIONADOS COIN SU TEMA DE INVESTIGACION Y REALIZAR UNA XCOMARACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESOS ESTUDIOS Y CONTRASTARLOS CON SUS RESULTADOS, SON IGUALES O DIFERENTES? CUAL PUDIERA SER LA CAUSA DE QUE SEAN DIFERENTES. ETC. AQUI YA NO HAY QUE PONER ENTRE PARENTESIS LA PALABRA FIGURA, YA QUE ESE APARTADO CORRESPONDE A EL DE RESULTADOS.



TAL Y COMO HABIAMOS QUEDADO EN LOS COMPROMISOS, TENEMOS HASTA EL VIERNES 4 DE DICIEMBRE DEL 2015 PARA ENVIARLO A LA CD DE MEXICO A LA UNAM

ES NECESARIO DARLE CONTESTACION POR ESCRITO A SU SINODAL HACIENDO UN REUMEN MUY EJECUTIVO SOBRE LAS MODIFICACIONES O AGREGADOS REALIZADOS. AVANCES DEL 99%.

Para el año 2030, se estima que 47 millones de mujeres cada año alcanzaran la menopausia. Aproximadamente un 75-80% de las mujeres experimentan síntomas menopáusicos, aunque la mitad aproximadamente encuentra los síntomas como molestos<sup>2</sup> La edad de la menopausia, que se presentó 45 a 48 años en este proyecto y de 45 A 50 años a nivel mundial, no ha cambiado, pero sí que se ha modificado la esperanza de vida de la mujer; por tanto cada vez más existirá un mayor número de mujeres posmenopáusicas. Las manifestaciones clínicas, producto de los cambios hormonales y de las percepciones del entorno sociocultural que rodean la aparición de climaterio<sup>17</sup> menopausia, dan lugar a una elevada demanda de atención médica.<sup>14</sup> Con frecuencia en la consulta La dinámica familiar se compone de un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia; sobra decir que un buen equilibrio y un buen funcionamiento propician la evolución familiar. En esta imagen evolutiva la familia pasa de una etapa a otra, enfrentando dificultades que se

traducen a su vez en la acumulación de factores estresantes esperados o no. Lo anterior obliga a responder con cambios internos y externos que permiten transformar a la familia a fin de que afronte las nuevas circunstancias sin perder su continuidad ni funcionalidad.<sup>17</sup>

En el presente estudio se obtuvo una tasa de respuesta en las familias de las pacientes con diagnóstico de menopausia del 100%. El promedio de edad de las pacientes con diagnóstico de menopausia fue de  $47.75 \pm 2.4$  años de edad, con rangos de 42 a 52 años, predominando el grupo de edad de 47 a 48 años con el 47% (figura 1) Edad que coincide con el estudio realizado por Yanes Calderón y Chio Naranjo en su proyecto cubano

-El 70% con estado civil casadas, el 21% viudas y el 6.6% solteras (figura 2)

-El 80% con ocupación o actividades propias del hogar, mientras que el restante 20% se dedican a otras labores, obreras de maquiladoras, otros empleos, etc. (figura 3). Esto nos hace contemplar que las mujeres que no son empleadas son las más frecuente afectadas por la sintomatología del periodo fisiológico.<sup>36</sup>

-El 82% de las pacientes con escolaridad primaria completa, el 14% secundaria completa (figura 4). El 57% nivel socioeconómico obrero, el 23% medio bajo y solo el 11% medio alto (Figura 5)

- En relación a la sintomatología asociada al síndrome menopáusico, se encontraron los siguientes datos de interés: el 66% de la población entrevistada refirió el síntoma de mialgias o calambres (figura 6)<sup>31</sup>coincidiendo con Heredia y Lugones.

-Lo mismo sucedió con la presencia de cefalea, sobre todo durante el día, con una frecuencia del 66% (figura 7).

-El 57% de las pacientes refirieron “no poder más por lo nerviosas que se encuentran” (figura 8)

- El 47% de las pacientes refirieron “calor o bochornos” (figura 9) .<sup>36</sup>

-El 88% de las pacientes refirieron la presencia de insomnio (figura 10)

-El 61 % de las pacientes refirieron la sensación de hormigueo en manos y pies (figura 11).

- El 89% de las pacientes refirieron la presencia de sudoración sin esfuerzo (figura 12).

- El 57% de las pacientes presentaron la percepción de pérdida de la capacidad para relajarse (figura 13).

- El 73% de las pacientes refirieron la pérdida de la capacidad para descansar, aunque duerma (figura 14).

-El 96% de las pacientes refirieron la presencia de mareos (figura 15)

- Por otra parte, el 28% de las mujeres encuestadas perciben que su estado de salud actual si afecta a su actividad sexual en forma negativa<sup>36</sup>, mientras que solo el 9% manifiesta que su actividad sexual es satisfactorio (figura 16)

-En el siguiente cuadro se observa el promedio numérico en cuanto a la calidad de vida de la población de estudio. Se observa que únicamente las dimensiones de relaciones sexuales, de pareja y de soporte social están por arriba del 2.50, en comparación a las dimensiones de salud psíquica y física, con mayor afectación a esta última (cuadro No. 1A)

- (Cuadro2A) observa la distribución de la percepción de la calidad de vida de las pacientes en estudio en sus 5 dimensiones, tomando como referencia que a mayor puntaje (máximo 5) mejor calidad de vida y viceversa, a menor puntaje, peor calidad de vida.

Como se observa, las dimensiones con peor calidad de vida se presentan en los aspectos de salud psíquica (n=67), salud física (n=62) y de relaciones de pareja (n=51). Las dimensiones de relaciones sexuales (n=43) y de soporte social (n=39) son las que se perciben como mejor CV (cuadro No. 2A).

- Muchos autores coinciden en una gran cantidad de factores relacionados con la aparición de sintomatología en la menopausia entre los que destacan: la velocidad con que decrece la producción de estrógenos, así por ejemplo en las mujeres con, factores psicológicos como el tipo de personalidad en la mujer, el estado de la autoestima, actitud frente a la menopausia, depresión, alteraciones en la dinámica familiar y conyugal, entre otros factores.<sup>25</sup> Como lo describe Vega y Hernández en su estudio.

La evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene en la mujer se hace

A partir de escalas clínicas, cuyo propósito principal es proporcionar una medición cuantitativa de la eficacia de las intervenciones médicas. Que nos permite conocer los síntomas de las mujeres menopáusicas y con ello, determinar estrategias de salud dirigidas a disminuirlos<sup>14</sup> Estas manifestaciones necesitan ser evaluadas y tratadas para evitar pérdidas en la salud de la mujer, motivo por el cual esta etapa de la vida constituye una oportunidad que tiene el médico para realizar una medicina preventiva eficaz a fin de mejorar su Calidad de vida, presente y futura.<sup>25</sup>

## **15.- CONCLUSIONES:**

El climaterio se vincula de manera inexorable con la edad de la mujer, esta relación resulta negativa al considerar que vivimos en una cultura donde es sobrevalorada la juventud, la belleza y la capacidad reproductora, ante ello, la aparición de síntomas que estarían marcando la transición natural hacia una nueva etapa de la vida de la mujer, puede traer consecuencias psicológicas importantes, que pueden repercutir en el ámbito familiar pero es importante aclarar que no todos los síntomas e irregularidades corresponden con el climaterio, ni estos se presentan de igual forma en todas las mujeres; esto es, no se presentan con la misma intensidad ni con la misma secuencia en la totalidad de las mujeres, de ahí la necesidad de conocer los factores que intervienen en el climaterio, para orientar sobre las medidas que se deben tomar al respecto y ayudar a la mujer en esta etapa a recuperar su equilibrio biopsicosocial. No hay duda que los cambios relacionados con la menopausia en la calidad de vida muestran estrecha relación con las características personales y socio económicos; lo cual influye de manera decisiva en la forma como cada mujer percibe estos cambios. De tal manera, que

la evaluación de la CV relacionada con la salud de la mujer, es un hecho definitivamente esencial para estudiar y conocer el efecto de la menopausia en su bienestar y poderse plantear los correctivos necesarios para restaurar su calidad de vida, y con ello mejorar su funcionalidad familiar incluidas las medidas terapéuticas, para todas y cada una de estas mujeres que están o algún día estarán en esta etapa fisiología de la vida

**16.- CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno ya que este trabajo de investigación no tuvo participación de la industria farmacéutica ni medio interés económico de por medio.

**17.- PERSPECTIVAS DE ESTE ESTUDIO:**

**17.1- Médico asistencial:** Como ya se ha reiterado a lo largo de este documento, la menopausia forma parte de una etapa biológica de la vida denominada Síndrome climatérico, etapa trascendental en la vida de toda mujer entre los 40 y 50 años de edad ya que dependiendo de la severidad de su sintomatología puede o no afectar la percepción de su calidad de vida, afectación que desde el punto de vista sistémico, la presencia o no de esta alteración en la calidad de vida de la mujer, al ser parte de la familia, sus integrantes pueden también verse afectados y poder llegar a desencadenar, ante este evento o crisis normativa, una disfunción familiar. En este sentido el haber realizado este trabajo de investigación nos permite (el para qué) corroborar que efectivamente la severidad de la sintomatología de esta etapa biológica de la vida afecta la percepción de calidad de vida de la paciente y que desde luego puede estar relacionada a una disfunción familiar, probablemente más afectada en el subsistema conyugal, de ahí pues la importancia de que, como médico familiar evalué a cada una de mis pacientes identificando la severidad de sus signos y síntomas, evaluar si la paciente es candidata a recibir terapia hormonal de reemplazo o no, evaluando desde luego riesgos beneficios a fin de mejorar su cuadro clínico y fortalecer los vínculos y los

roles familiares entre los integrantes de la familia. Es por ello que **se debe** dar tratamiento en forma integral a la mujer y su familia que se vea mayormente afectada por la sintomatología de la menopausia con el fin de mejorar su calidad de vida y funcionalidad familiar.

**17.2.- Metodológicas:** Se sugiere realizar un estudio de casos y controles y en un futuro posterior un estudio de intervención cuasi experimental. Para lograr una mejor conclusión es importante que se amplíe el estudio y se determinen factores no solo que conlleven a analizar el nivel de vida de las mujeres, sino que se determine como es el nivel de vida de estas cuando se encuentran trabajando en un área diferente al hogar, esto daría pauta a mejorar las expectativas de vida de cualquier mujer y más en esta época que se cuenta con un nivel de información mayor pero que el estrés es una de las principales causas que regula la forma de vida de los individuos. El presente trabajo da pauta a mejorar y buscar continuar con los estudios para que las mujeres se les prevengan con los factores de riesgo y tengan una calidad de vida mejor.

La utilidad de la valoración de la calidad de vida aportaría en:

- Contribuye al conocimiento más preciso del impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes.
- Contribuye a mejorar el diagnóstico clínico y a individualizar y priorizar los tratamientos
- Es un indicador de resultado útil para evaluar la eficacia de un tratamiento determinado.
- Puede contribuir a mejorar la relación médico-paciente.
- Pueden contribuir a la mejoría de la adhesión al tratamiento.

## 18.- ANEXOS

### Anexo18.1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

#### INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario consta de 75 preguntas indicadas con números arábigos. Dicho instrumento será aplicado por personal previamente capacitado en forma directa al paciente seleccionado.

Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste cada una de ellas ANOTANDO EL NUMERO QUE CORRESPONDA en el paréntesis ( ), de acuerdo a la respuesta dada por el paciente o bien en caso de una respuesta abierta, anotar en la línea, lo referido por el entrevistado

FECHA: \_\_\_\_\_  
          Día          Mes          Año

#### DATOS DE INVESTIGACION

Por Favor, escriba las iniciales del paciente \_\_\_\_\_

1.- Folio: ( ) ( ) ( )

2.- ¿Cuál es su número de Afiliación? ( \_\_\_\_\_ )

3.- ¿A qué consultorio pertenece? ( ) ( )

4.- ¿A qué Turno acude a atención médica? ( ) 1  
matutino 2 Vespertino

#### II.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

5.- Sexo: 1 Femenino 2 Masculino ( 1 )

6.- ¿Cuál es su edad (años cumplidos)? ( ) ( )

7.- Grupo de edad (en años) del paciente: ( )

1 de 45 a 46      2 de 47 a 48      3 De 49 a 50 y más años

8.- ¿Cuál es su Estado Civil? ( )

1 Soltero    2 Casado    3 Viudo    4 Divorciado    5 Unión Libre

9.- ¿Cuál es su ocupación?

1 Hogar 2 Obrero 3 Empleado 4 Profesionista 5 Jubilado 6 Desempleado

7 Otro (Especifique) \_\_\_\_\_ ( )

10.- ¿Cuántos años ha cursado usted (años estudiados)? ( ) ( )

11.- A PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA

1.- universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.

2.- profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.

3.- empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa



- 4.- obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5.- obrero no especializado, servicio doméstico, etc. ( )

**12.- B NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA ESPOSA**

- 1.- universitaria o su equivalente
- 2.- enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- 3.- secundaria incompleta o técnico inferior ( cursos cortos)
- 4.- educación primaria completa
- 5.- primaria incompleta, analfabeta. ( )

**13.- C PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO**

- 1.- fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
- 2.- ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (Médicos, abogados, etc.) Deportistas profesionales.
- 3.- sueldo quincenal o mensual
- 4.- salario diario o semanal
- 5.-ingresos de origen público o privado (subsidios) ( )

**14.- D CONDICIONES DE LA VIVIENDA**

- 1.- vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- 3.- vivienda con aspecto reducido pero confortable y bueno condiciones sanitarias
- 4.- vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- 5.- vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones

**15.- Nivel socioeconómico (Calificado con el método de Graffar)**

- 1 Estrato alto (4 a 6 puntos)      2 Medio Alto (7 a 9 p.)      3 Medio bajo (10 a 12 p.)      4 Obrero (13 a 16 p.)
- 5 Marginal (17 a 20 p.) ( )

**A continuación la presentamos una serie de preguntas a fin de identificar cual es la percepción personal de su calidad de vida. Favor de anotar en el paréntesis el número del 1 al 5 que usted considere es el que aplica para usted. Le recuerdo que el número 5 equivale a una mejor calidad de vida (5 puntos), y conforme se aleja de este número va suponiendo peor calidad de vida.**

- 1. Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más  
Nunca 0 1 2 ( )      3 4 5 Todos los días ( )
- 2. No puedo más de lo nerviosa que estoy  
Nunca 0 1 2 ( )      3 4 5 Constantemente ( )
- 3 . Noto mucho calor de repente



- Nada 0 1 2 ( ) 3 4 5 Mucho ( )
28. Me siento vacía ( )
- Nunca 0 1 2 ( ) 3 4 5 Siempre ( )
29. Noto sofocaciones ( )
- Nunca 0 1 2 ( ) 3 4 5 En todo momento ( )
30. En mi vida el sexo es... ( )
- Nada importante 0 1 2 ( ) 3 4 5 Extremadamente importante ( )
31. He notado que tengo más sequedad de piel ( )
- No, como siempre 0 1 2 ( ) 3 4 5 Sí, mucho más ( )

**De igual manera le presentamos 20 preguntas más a fin de identificar el tipo de funcionalidad. Es muy importante que para dar respuesta a las mismas, en algunas de estas preguntas deberán de participar un integrante hijo de 12 años o más. Así pues, en los siguientes enunciados describa a su familia en una escala del 1 al 5, 1. es Nunca, 2. Casi nunca, 3. Algunas veces, 4. Casi siempre y 5. Siempre**

- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.
- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- Nos gusta vivir solo con los familiares más cercanos
- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- Nos sentimos muy unidos
- En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- En nuestra familia las reglas cambian
- Con facilidad podemos planear actividades en familia
- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- La unión familiar es muy importante
- Es difícil decir quien hace las labores del hogar

**75: Clasificación de cohesión familiar de FACES III (PARA SER EVALUADA POR EL INVESTIGADOR)**

Cohesión	Total de puntos
1.- No relacionada	10-34
2.- Semirrelacionada	35-40
3.- Relacionada	41-45
4.- Aglutinada	46-50


**Clasificación de adaptabilidad de FACES III**

Adaptabilidad	amplitud de clase
1.- Rígida	10-19
2.- Estructurada	20-24
3.-Flexible	25-28
4.- Caótica	29-50

**Nombre del entrevistador:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

## Anexo 18.2.- Carta de Consentimiento informado

	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b></p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	<b>“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MENOPAUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ZACATECAS”</b>
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno.
Lugar y fecha:	Zacatecas, Zacatecas. Enero 2010
Número de registro:	R-2011-3301-30
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La justificación para la realización de esta investigación es la siguiente: la menopausia es una etapa biológica de toda mujer en edad media y se debido a una serie de cambios en el organismo provoca una serie de alteraciones fisiológicas consistentes en alteración hormonal y que dependiendo de la severidad de los signos y síntomas de esta etapa pueden llegar a provocar en la mujer que está cursando en sus diferentes etapas de climaterio con cuadro clínico caracterizado por manifestaciones físicas, psicológicas, sexuales y sociales que pueden, en un momento dado afectar su calidad de vida entendida tal y como la define la OMS como la percepción que una persona como individuo tiene de su lugar en la existencia, en su contexto cultural y de sus valores personales y relacionadas con sus expectativas, normas e inquietudes y que desde luego está influido de modo complejo por su salud física y su estado psicológico así como de su nivel de independencia, de relaciones sociales y de su relación con los demás integrantes de su familia, de tal manera que si estos últimos no realizan las modificaciones en sus pautas de conducta o en su dinámica familiar, la etapa biológica por la que pasa su familiar, se puede convertir en una verdadera crisis paranormativa de tal manera que esto se convierta en una enfermedad para la paciente y una carga para la familia y llevar a una disfunción familiar.</p> <p>En este sentido, la justificación para realizar el presente estudio es identificar el</p>

	<p>tipo de funcionalidad familiar y las repercusiones que tiene en la calidad de vida de la población blanco de estudio adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No 1 de Zacatecas, a fin de otorgar una atención médica más integradora en donde no únicamente se vea a la paciente desde el punto de vista biomédico sino, al identificar disfunción familiar y mala calidad de vida en la población objeto de estudio, poder establecer un tratamiento más holístico en donde se valoren desde un punto de visto psicosocial y medico a la paciente involucrando a los integrantes de la familia y de esta manera tratara de mejorar la homeóstasis familiar y la mejor calidad de vida de las pacientes a través de tratamiento farmacológico con beneficio para las mujeres que cursan con esta etapa de su vida, de su familia y de nuestra institución de atención médica. Finalmente le comentamos a usted que se tendrá como objetivo Identificar la funcionalidad familiar su la calidad de vida en esta la etapa de menopausia.</p>
<p>Procedimientos:</p>	<p>El protocolo se envió al Comité Local de Investigación y Ética de la Investigación en Salud del Hospital General de Zona No 1 del IMSS, (CLIEIS 3301) de la localidad de Zacatecas, Zacatecas para su análisis, habiendo quedado registrado como autorizado con el Número R-2011-3301-30 (anexo 3). Una vez que se dictaminó como aceptado se acudió con personal directivo y operativo de la Unidad de Medicina Familiar No 1 a fin de solicitarles la autorización y darles a conocer la justificación y objetivos a alcanzar en el presente trabajo. Posteriormente se identificó, a aquellas pacientes con diagnóstico de Síndrome menopaúsico y proceder a la identificación e invitación a participar en el presente estudio previa autorización de la carta de consentimiento informado firmada.</p> <p>Se aplicó el instrumento de recolección de la información el cual está constituido en términos generales por dos tipos de preguntas: un cuestionario auto estructurado y varios instrumentos ya validados para identificar variables de estudio de interés. Este cuestionario consta de 75 preguntas que en términos generales de tardan en contestar 45 minutos. Se identificaran las características sociodemográficas de las mujeres con menopausia, como edad, ocupación y escolaridad entre otras. Para evaluar la Calidad de Vida, se utilizará el cuestionario de MENCAV (Menopause Quality of Life), y que consta de 37 preguntas estructuradas en 5 dimensiones: Salud física, salud psicológica, relaciones sexuales , relaciones de pareja soporte social , Para identificar el grado de disfunción familiar en los aspectos de cohesión y adaptabilidad se empleara el FACES III, instrumento conformado por 20 preguntas , diez para cohesión y diez para adaptabilidad, con respuestas del 1 al 5 con posibles respuestas de nunca a siempre, respectivamente.</p>
<p>Posibles riesgos y molestias</p>	<p>Los posibles riesgos derivados de este estudio pueden ser incomodidad al responder preguntas personales, y toda vez, que el estudio consistirá en dar respuesta al cuestionario que en términos generales se contesta en 45 minutos.</p>
<p>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:</p>	<p>El beneficio que se puede obtener al contestar dicho cuestionario es obtener ayuda y orientación para mejorar su calidad de vida a través de evaluar los riesgos y beneficios a que usted tendría al aceptar recibir medicamentos para su menopausia,</p>
<p>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:</p>	<p>Usted podrá solicitar y recibirá la información suficiente y necesaria sobre los resultados obtenidos del estudio.</p>
<p>Participación o retiro:</p>	<p>Usted tiene la elección de participar o solicitar su retiro en cualquier momento de las fases de esta entrevista.</p>
<p>Privacidad y confidencialidad:</p>	<p>En todo momento se garantizara la privacidad y confidencialidad de su información. Los cuestionarios se aplicarán por la investigadora. La información y datos obtenidos serán resguardados y en caso de su difusión y/o publicación en todo momento se guardara la confidencialidad de su persona.</p>
<p><b>En caso de colección de material biológico ( NO APLICA):</b></p>	
<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p>

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

**Dra. María Judith Ramos López**

Teléfono: 492 92 4 25 08

Correo electrónico: [maria.ramoslo@imss.gob.mx](mailto:maria.ramoslo@imss.gob.mx)

Colaboradores:

**Dra. Ma. Carmen Fraire Galindo**

Teléfono: (01) 492 92 2 6373

Correo electrónico: [maria.fraire@imss.gob.mx](mailto:maria.fraire@imss.gob.mx)

[maria.fraire16@yahoo.com](mailto:maria.fraire16@yahoo.com)

**Dra. Elma Ivonne Sotelo Ham Coordinadora**

Coordinación Auxiliar Médico de Investigación en Salud.

Adscripción: Delegación estatal IMSS, Zacatecas.

Domicilio: Calle Restauradores No. 3, Colonia Dependencias Federales, Guadalupe, Zacatecas CP 98600.

**Dra. Ana María Muñoz Chávez**

Médico Especialista en ginecología y obstetricia

Hospital General de la Zona No. 1

Teléfono: (01) 492 92 2 637

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma de la paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

## 18.3 Acta de Dictamen del CLIEIS 3301:

Carta Dictamen



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

### Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3301  
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, ZACATECAS

FECHA 28/11/2011

**DRA. MARÍA JUDITH RAMOS LÓPEZ**

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

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

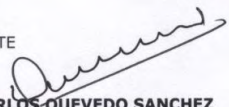
**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON MENOPAUSIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 1 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ZACATECAS"**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de 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-2011-3301-30
----------------

ATENTAMENTE

  
**DR.(A). CARLOS QUEVEDO SANCHEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3301

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

28/11/2011

## 19. Citas bibliográficas

---

- <sup>1</sup> Bassol Mayagoitia S. Reemplazo hormonal en la menopausia. La edad de la menopausia en México. *Rev Endocrino y Nutr* 2006; 14 (3): 133-136.
- <sup>2</sup> Malacara JM. Menopausia Nuevas evidencias, nuevos enigmas. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2003; 11(2): 67-72
- <sup>3</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la Mujer. Criterios Para brindar la Atención médica. Fecha de ultimo acceso: 14 de octubre 2015
- <sup>4</sup> Téxon-Fernández O, Márquez-Celedonio FG. Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin terapia hormonal de reemplazo. *Rev Med Inst Méx Seguro Soc* 2006; 44 (6): 541-545.
- <sup>5</sup> Tratado de Ginecología de Novak 11ª edición Dr. Howard W. Jones III, Anne Colston Wentz. Capítulo 15: 349-387. Fecha de ultima revisión: 25 de agosto 2015
- <sup>6</sup> Morato Hernández L, Malacara Hernández JM. Reemplazo hormonal en la menopausia, condiciones metabólicas y hormonales en la menopausia. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2006; 14 (3): 149-155
- <sup>7</sup> García Sánchez Y, Romeu A. Estudio piloto para valorar los cambios en la calidad de vida de la mujer postmenopáusica sintomática tras la administración de cimicifuga racemica. Evaluación con la escala de Cervantes. *Revista Iberoamericana de fertilidad* 2006;23(3):193-201
- <sup>8</sup> Canto de Cetina T. Reemplazo hormonal en la menopausia El tratamiento hormonal para el control de los síntomas *Revista de Endocrinología y Nutrición*; 2006 14(3): 171-176
- <sup>9</sup> Larroy C. Gutiérrez S, León L. Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2004; 22: 77-88.
- <sup>10</sup> Stefanska A, Bergmann K, Sypniewska G. Metabolic Syndrome and Menopause: Pathophysiology, Clinical and Diagnostic Significance. *Clin Chem*. 2015;72:1-75. doi: 10.1016/bs.acc.2015.07.001. Fecha de ultimo acceso: Mayo 2015.
- <sup>11</sup> Chávez Ayala R, Andrade Palos. Rivera Rivera L. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. *Salud Pública de México* 2002; 44 (5); 385-391.
- <sup>12</sup> Pelcastre-Villa fuerte B, Garrido-Latorre F, de León-Reyes V. Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Publica Max* 2001; 43(5):408-414.
- <sup>13</sup> Malacara JM. Reemplazo hormonal en la menopausia Los factores psicosociales en la menopausia *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2006; 14(3): 137-140
- <sup>14</sup> Vega G, Hernández A, Leo G, Vega J, Escartin M, Luengas J, Guerrero MG. incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(5): 314-320.
- <sup>15</sup> Vázquez-Benítez E, Garrido-Latorre F, Macgregor C, Tamayo-Orozco J, López-Carrillo L, Parra S, Santibáñez-Moreno G. Reproducibilidad de un cuestionario para el estudio del climaterio. *Salud Pública Méx* 1996; 38(5):363-370.
- <sup>16</sup> Soriano Fuentes S, De la Torre Rodríguez R, Soriano Fuentes L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Medicina de Familia* 2003; 4(2): 38-43
- <sup>17</sup> Salazar Colín E, Boschetti Fentanes B, Monroy Caballero C, Ponce Rosas R, Irigoyen Coria A. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. *Archivos de medicina familiar* 2005; 7 (2):45-4.



- 
- <sup>18</sup> Montalvo Reyna J, Sandler Zack E, Amarante Rodríguez MP, De Valle Gutiérrez G. Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente identificado. *Revista electrónica de Psicología Iztacala* 2005; 8 (1):88-106.
- <sup>19</sup> Cabrera-Pivaral Ce, Rodríguez Pérez I, González-Pérez G, Ocampo Barrios P, Amaya López C. Aptitud Clínica de los Médicos Familiares en la identificación de la disfunción familiar en Unidades de Medicina Familiar de Guadalajara, México. *Salud Mental* 2006; 29(4): 40-46.
- <sup>20</sup> Soria Trujado R. Simetría y doble vínculo en relaciones de pareja. *Revista Electrónica de psicología Iztacala* 2007; 10 (2): 1-10.
- <sup>21</sup> Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; 8 (1):27-32
- <sup>22</sup> González Martín B. Dinámica familiar. La mediación familiar: una intervención para abordar la ruptura de pareja. *Medifam*2001; 11(10): 1-7.
- <sup>23</sup> Horna López A, Romero Gutiérrez G, Melquíades Horna Quiroz M, Malacara Hernández JM, Pérez Luque EL. Perfil sintomático en mujeres peri y posmenopáusicas *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:312-6
- <sup>24</sup> Blumel JE, Cruz MN, Aparicio N J. La transición menopáusica. *Fisiopatología, Clínica y Tratamiento, Medicina (Buenos Aires)* 2002; 62: 57-65
- <sup>25</sup> Triviño Z., *et al.* Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Colombia Médica On-line* ISSN 1657-9534. Colombia. 2007. 38 (4), 18.
- <sup>26</sup> Genaro V M. Adrián H, Guillermo L A, Jesús V M., Minerva E Ch., Javier L M., María GL. Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. *Rev. Chilena de obstet. Ginecol. On-line* 0717-7526. Santiago de Chile. 2007. 72 (5), 10
- <sup>27</sup> Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. *Rev. Psiquiatra Uruguay.* 2005. 70 (1), 66-79.
- <sup>28</sup> Lugones M. La menopausología en Cuba. Su importancia en la atención primaria. *Rev. Cubana On-line* ISSN 08642125. La Habana, Cuba. 2005. 21 (5-6), 3.
- <sup>29</sup> Jáuregui DE. Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres peri menopáusicas docentes de primaria y bachillerato. *Rev. De Ginecología y Obstetricia.* Colombia. 2005 8 (2), 13
- <sup>30</sup> Araya A. Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Ciencia y enfermería On-line* 0717-9553. Santiago de Chile. 2006. 21 (1), 19-27.
- <sup>31</sup> Rivas AE. Factores relacionados con la demanda de atención médica durante el climaterio. *Rev. Cubana Endocrinol* 2006. 17 (2), 6.
- <sup>32</sup> Heredia HB. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en grupos de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Rev. Cubana de obstetricia y Ginecología On-line* ISSN 0138-600X. 2007. 33 (3), 6.

- 
- <sup>33</sup> Buendía BJ. Diseño y validación de un cuestionario en castelloano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV. Provincia de Cuenca, España. *Atención Primaria*. 27 (2), 94-100
- <sup>34</sup> Malacara H. J. Nomenclatura y clasificación de las etapas de la vida reproductiva de la mujer adulta. *Rev. De Endocrinología y Nutrición*. Medigraphic Arterisa en línea. 2006. 14 (3) ,131-132.
- <sup>35</sup>Chávez A. R. et. al. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. *Salud Pública de México*. Cuernavaca, Morelos, México. 2002. 44 (5), 6
- 35 Margeris Y. C. Ileana C. N. et.al Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana *Rev. Med Gen Integr* v.24 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2008 versión On-line ISSN 1561-3038
- <sup>36</sup> José U M, Mariza C de V, Mery G V, Nasser B Z, Alfi C B. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(1): 17-34 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000100004>
- <sup>36</sup> Recomendaciones actualizadas de la IMS sobre TRH en la postmenopausia y estrategias preventivas en la edad media. *Sociedad Internacional de Menopausia*. *Climacteric* 2011;14:302–20
- <sup>37</sup> Téxon-Fernández O, FG Márquez-Celedonio. .Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin terapia hormonal de reemplazo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (6): 541-545
- <sup>38</sup> Vega MG, Hernández LA, Leo AG, Vega MJ, Escartin CM, Luengas MJy cols.Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(5): 371; 47-23(250)
- <sup>39</sup> Ayala-Fajardo L, Portela-Buelvas K, Monterrosa-Castro A. ¿Cual es la calidad de vida en el climaterio que tienen las mujeres colombianas diabéticas cuando se evalúan con el “Menopause Rating Scale”? *Rev Cienc Biomed* 2012; 3(1): 13-23
- <sup>40</sup> Monterrosa-Castro A, Marquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Calidad de vida y disfunción sexual en mujeres climatéricas residentes en una región del Caribe Colombiano. *Rev Cienc Biomed* 2014; 5(1): 55-65
- <sup>41</sup> Monterrosa Castro A, Paternina Caidedo A, Romero Pérez I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. *IATREIA* 2010; 24(2): 136-145
- <sup>42</sup> Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdolahian S, Bonakchi H, Najmabadi Khadijeh M, Naghavi M, et al.The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol*. 2015; 1:1-6.
- <sup>43</sup> Castellanos-De la Cruz A, Vega-Malagón G. “Perfil de funcionalidad familiar y subsistema conyugal de mujeres con y sin síndrome climatérico en una Unidad de Primer Nivel de Atención del IMSS”. Disponible en: Fecha de ultimo acceso: 26 de noviembre 2015.
- <sup>44</sup> Barragán Quesada IG, Villa-Barajas R, Gómez-Alonso C, Rodríguez-Orozco AR. Asociación entre síndrome climatérico y disfunción familiar en una Unidad de Medicina Familiar en México. *Cad Aten Primaria* 2014; 20:219-220
- <sup>45</sup> Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves, Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015 Sep 16;13(8):250-337
- <sup>46</sup> Lugones Botell M, Quintana Riverón TY, Cruz Oviedo Y. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr* 13(5):494-503

---

<sup>47</sup> Lugones Botell M, Valdés Sánchez S, Pérez Piñero J. Climaterio, familia y sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integ 1999;15(2):134-9

<sup>48</sup> Ortega Torres RM. Actualización en el manejo de la menopausia. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada 2011; 1-24

<sup>49</sup> Ibarra LG, Diez García MP, Ruiz Cervantes TE, Coronado Zarco R, Pacheco Gallegos R. Factores biopsicosociales de la rehabilitación durante la menopausia. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2011; 13: 5-8

<sup>50</sup> Bove R, Healy BC, Musallam A, Glanz BI, De Jager PL, Chitnis T. Exploration of changes in disability after menopause in a longitudinal multiple sclerosis cohort. Mult Scler. 2015; pii: 1352458515606211. Fecha de último acceso: 25 octubre 2015.

<sup>51</sup>

<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Zac/Poblacion/default.aspx?tema=ME&e=32>

Fecha de último acceso: 30 octubre 2015

<sup>52</sup> Diagnostico de Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 01 Zacatecas 2010. Documento de gestión de Unidad Médica. Mecanograma no publicado.

<sup>53</sup> Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 19-03-2014. Disponible en: [http://www.dgjs.salud.gob.mx/pdf/LeyGeneraldeSalud\\_20140319.pdf](http://www.dgjs.salud.gob.mx/pdf/LeyGeneraldeSalud_20140319.pdf). Fecha de último ingreso 22/05/2015

<sup>54</sup> Galande Domínguez I. La Ética en investigación Clínica: La Declaración de Helsinki Seúl 2008. JANO 2009. Disponible en [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1745/35/00350041\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1745/35/00350041_LR.pdf) fecha de último ingreso 22/05/2015

<sup>55</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2292/63.pdf> última consulta: 12 abril 2015.

<sup>56</sup> García-Romero H, Casas- Martínez ML. ¿Falta de ética de la asociación médica mundial y de otros organismos internacionales? Gac Méd Méx 2004; 140 (6): 667-670

<sup>57</sup> Klimovsky E, Saidon P, Nudelman L, Bignone I. Declaración de Helsinki, sus vicisitudes en los últimos cinco años. Medicina (Buenos Aires) 2002; 62: 365- 370

<sup>58</sup> Almanza- Aponte L, Benitez G. Calidad De Vida En Pacientes Climatéricas Con Tratamiento Habitual Y Reiki Como Terapia Complementaria En El Hospital General Lázaro Cárdenas, del ISSSTE en Chihuahua, Chih [www.tlahui.com/educa/comunidad/tesinas/reiki\\_leo.doc](http://www.tlahui.com/educa/comunidad/tesinas/reiki_leo.doc) Última visita: 2/12/15

<sup>59</sup> Urdaneta- M J, Cepeda de VM. , Guerra -VM, Baabel -ZN. , Contreras- BA calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal rev chil obstet ginecol 2010; 75(1): 17-34

<sup>60</sup> Cruz-Martinez E, Cruz-Anguiano V, Martinez Torres J, Boo-Vera D. Calidad de vida en mujeres durante su climaterio Rev.de la facultad de medicina de la UNAM, Vol.55 No 4 julio-agosto2012

<sup>61</sup> Castellano-De La Cruz A, Vega-Malangón G, Camacho-Calderon M, Martinez-Martinez L y Cols. Perfil de funcionalidad familiar y subsistema conyugal de mujeres con y sin síndrome climatérico en una unidad de primer nivel de atención del IMSS centro universitario Querétaro 2013