

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
POSMENOPÁUSICAS ADSCRITAS A LA
UMF No. 33 “EL ROSARIO”**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARISOL QUINTERO HURTADO

ASESOR: **DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI**
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

MEXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
ASESOR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. MARISOL QUINTERO HURTADO
RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.....

Por mi maravillosa oportunidad de existir.

A MIS PADRES.....

Como testimonio de gratitud por darme la fortaleza, el coraje y el valor de enfrentarme a las cosas.

Porque mis conceptos, mis valores y mi superación se las debo a ustedes.

Porque nunca podré pagar todos sus desvelos ni aun con las riquezas mas grandes del mundo...

Porque gracias a su amor incondicional, a su paciencia y su apoyo he llegado a realizar uno de mis mas grandes anhelos.

Por lo que soy y por todo el tiempo que les robe pensando en mi...

A MIS HERMANOS.....

Por estar conmigo, soportarme y aguantarme.

Por ser partícipes de mis sueños y ayudarme a convertirlos en hermosas realidades.

A TI GATITO.....

Por haber aparecido en mi vida como dulce sol de la mañana.

Por aceptarme como soy sin querer cambiarme. Por quererme y estar conmigo.

Por todo lo que me das aun sin merecerlo.

Por ser parte importante de mi vida hoy y siempre....

A MIS AMIGOS.....

Verito, Elbis y Paquito por estar conmigo en todo momento.

Por aprender juntos el verdadero significado de la palabra "amistad"

Por todos los desvelos, las risas y las lagrimas que muchas veces compartimos.

Porque aun estando lejos estuvieron siempre junto a mi.

A MIS PROFESORES.....

Dr. Arvizu, Dra. Mónica y Dra. Carmen porque solo con el ejemplo se predica el amor, la constancia y el respeto.

Por enseñarme mas, mucho mas de lo que se aprende en el aula.

Por creer y confiar en mi....

Y A TODOS ESOS ANGELES.....

Karim, Raulis, Fernando, Javier y Adrián que he conocido a lo largo de mi andar y me han sostenido sin dejarme caer ni desfallecer.

MIL GRACIAS!

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
POSMENOPÁUSICAS ADSCRITAS A LA
UMF No. 33 “EL ROSARIO”

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	7
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	10
TABLAS Y GRAFICAS	13
ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	48

INTRODUCCIÓN

Debido a la prolongación de la esperanza de vida y a la drástica reducción del índice de natalidad se presupone que los ancianos (mayores de 65 años) aumentarán en los próximos 25 años en 82% mientras que los recién nacidos aumentarán tan solo un 3%. (2).

Los profundos cambios experimentados en el presente siglo han reducido la natalidad y mortalidad dando como resultado un progresivo incremento absoluto y proporcional de grupos etáreos de 50 años en adelante. Esta acentuada declinación en la mortalidad de la mujer a contribuido al aumento en la proporción de mujeres que sobreviven hasta los años posteriores a la menopausia. En la actualidad la esperanza de vida es en general alrededor de 75-80 años; aproximadamente el 90% de las mujeres llegan a los 60 años y el 30% a los 80; si tomamos en cuenta que la menopausia se presenta alrededor de los 50 años, las mujeres pasarán una tercera parte de su vida en la posmenopausia. (3). Dado que en nuestro país el número de mujeres que se encuentran en este lapso de su vida será de 9 a 10 millones entre los años 2000 y 2005-2006, se considera al climaterio y la posmenopausia como un problema de salud pública. (5).

A nivel institucional, para 1997, la población femenina derechohabiente del IMSS de 50 y más años utilizó 2,710,529 consultas, cifra que representa el 20.1% de las 13,467,521 mujeres adscritas a medicina familiar y cuantifica el sector que se encuentra en la etapa posmenopáusica. De todas, el grupo de 50 a 59 años representa la población primariamente susceptibles de acciones y atención de las complicaciones del climaterio y de la menopausia y estuvo formado por 1,116,972 personas para el año referido, que representa el 8.3% de todas las mujeres usuarias de los servicios de medicina familiar. Dentro de los motivos de demanda de atención el diagnóstico de trastornos menopáusicos y posmenopáusicos (código 627) ocupó el primer lugar seguido por trastornos relacionados con el climaterio y la menopausia. (2, 3).

Si se tiene presente que aproximadamente el 75% de las mujeres que cursan este periodo fisiológico experimentan los trastornos vasomotores clásicos de manera perceptible por ellas mismas resulta probable que los datos estadísticos en relación a la demanda de consulta por este motivo reflejen una subestimación de la demanda real de atención por este problema, así como la falta de educación de la población para solicitar dicha atención frente a la sintomatología mencionada y pone de manifiesto el amplio campo de acción para las acciones de salud relacionadas con la prevención y manejo de las complicaciones de la menopausia. (2, 3).

En la última década se ha hecho claro el reconocimiento de que los cambios hormonales propios de este periodo de la vida de la mujer se asocian a un franco incremento en la morbimortalidad vinculadas con la osteoporosis y el riesgo de enfermedad cardiovascular, cuyas repercusiones van más allá de los problemas de orden médico, individual o familiar para internarse en el terreno social y económico. (2).

DEFINICIONES:

Menopausia es la cesación o suspensión definitiva de la menstruación; ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnóstica en retrospectiva, una vez que han ocurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, en ausencia de otros factores que pudieran causar amenorrea secundaria. La menopausia puede ser fisiológica, ocurrida como proceso natural del envejecimiento ovárico, con la consecuente pérdida de la función hormonal cíclica, alrededor de los 50 años; o artificial que es el cese de la menstruación producto de la

suspensión permanente de la función ovárica originada por extirpación quirúrgica de ambos ovarios o por radioterapia. (2,5).

Premenopausia, parte del climaterio antes de que ocurra la menopausia y es el tiempo durante el cual es frecuente que el ciclo menstrual se vuelva irregular y empiecen a presentarse síntomas climatéricos. (2, 5).

Posmenopausia, se define como la fase de la vida que viene después de la menopausia; es incierto si este término se refiera al resto de la vida de la mujer o solo al periodo en el cual ocurren los síntomas del climaterio. (2, 5).

Climaterio, se define como el período de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva; con límites difusos se inicia con la declinación de la función folicular y termina cuando las manifestaciones del hipostrogenismo se confunden con la senectud. (2, 5).

Síndrome Climatérico; depende del grado y el tiempo de la disfunción ovárica; inicia con la sintomatología neurovegetativa seguido por cambios en el aparato urogenital y en la piel, además de los cambios en el metabolismo de los lípidos y en la estructura ósea; aunado así mismo a los cambios emocionales y los cambios que se presentan en el sistema familiar y social; se entiende, por esto, como una etapa biopsicosocial, que incluye tanto síntomas físicos y emocionales, como situaciones sociales que se manifiestan antes, durante y después de la menopausia. (3, 11).

TRASTORNOS VASOMOTORES. (Sx Neurovegetativo):

El síntoma más característico y frecuente del climaterio es un trastorno episódico que consiste en una súbita sensación de calor y sudoración referida como “bochorno”; la mayoría de las mujeres lo presenta durante dos o tres años, en promedio, pero puede durar por más de 5 años. Este comienza como una sensación de opresión en la cabeza muy parecida a la cefalea, la cual aumenta en intensidad hasta que ocurre el bochorno fisiológico, en ocasiones acompañado de palpitaciones. (2, 10).

El bochorno generalmente se inicia en la región cefálica y en cuello, para extenderse a todo el cuerpo en forma de ondas, con una sensación de calor o ardor en las zonas afectadas, la cual es seguida por un brote de sudoración profusa que afecta todo el cuerpo, especialmente notorio en la cabeza y el cuello y la parte superior del tronco. La duración de este episodio puede ser momentánea o hasta por diez minutos, con un promedio habitual de cuatro. La frecuencia de su presentación puede variar desde uno o dos por semana hasta ser casi constantes, tanto diurnos como nocturnos; los cuales pueden repercutir en el bienestar general y manifestarse como insomnio, ansiedad e irritabilidad. (2, 10).

Los cambios fisiológicos consisten en vasodilatación cutánea, sudoración, disminución en la temperatura central y aumento en la frecuencia del pulso. (2).

El síntoma se ha atribuido a un defecto en la función termorreguladora central, donde las manifestaciones fisiológicas son desencadenadas como respuesta a la elevación súbita del termostato hipotalámico central y parecen encontrarse relacionados con la elevación de las gonadotropinas hipofisarias, características de la menopausia. (2, 10).

TRACTO GENITOURINARIO.

La mayoría de las mujeres posmenopáusicas presentan diversos grados de cambios atróficos en el epitelio vaginal: las estrías vaginales se aplanan progresivamente, el color de la

superficie vaginal cambia de rosado a blanquecino y se vuelve frágil. La ausencia estrogénica trae como consecuencia una disminución en la acidez vaginal, principal mecanismo de defensa para evitar la invasión bacteriana, por lo que puede presentarse leucorrea y molestias vaginales. (2, 10, 11)

También se producen cambios atróficos en el cérvix que puede reducirse de tamaño, con la disminución de la secreción de moco, lo que contribuye a la sequedad vaginal y ser causa a su vez de dispareunia. (2, 11)

Se producen también cambios atróficos en vejiga y uretra dando lugar a cistitis atrófica caracterizada por urgencia urinaria y polaquiuria. La relajación de los soportes pélvicos secundaria al déficit estrogénico se puede manifestar como incontinencia urinaria. (2)

Las alteraciones vasomotoras y la atrofia urogenital suelen constituir uno de los problemas más importantes relacionados con este periodo de la vida de la mujer, alterando importantemente su calidad de vida. (11,13).

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

Tienden a presentarse con más frecuencia en el período que precede a la menopausia y disminuyen uno o dos años después de la suspensión de la menstruación. Debe tenerse en cuenta que si bien algunos de estos síntomas pueden atribuirse a molestias concretas como los bochornos, traducen también una serie de cambios que acompañan este período de la vida y que están vinculados a problemas conyugales, familiares y laborales, propios de la edad. (2, 10).

Aunque no hay una enfermedad específica en el ámbito psicológico asociado a la deficiencia de estrógenos se ha reportado que más del 50% de las mujeres en la posmenopausia cursan con depresión de grado diverso y pueden presentar desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución del apetito sexual (libido), sensación de inadecuación y nerviosismo, además de los cambios en su auto imagen, lo que conlleva a desarrollar una baja autoestima. (11).

TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO (THR).

La THR tiene como objetivo fundamental paliar la disminución de estrógenos que afectan la calidad de vida de la mujer, aliviando la sintomatología climatérica y las alteraciones menstruales. Proporciona una serie de beneficios como son, entre otros, la prevención de la osteoporosis y su efecto protector cardiovascular, además de tener un efecto positivo sobre el estado de ánimo y el bienestar en general; las funciones cognitivas y de memoria suelen mejorar y previene además el desarrollo del Síndrome de Alzheimer. (12).

Debe tenerse presente que la terapia hormonal de reemplazo para aliviar o suprimir los síntomas relacionados con la deficiencia estrogénica (bochornos, molestias urinarias, dispareunia secundaria, trastornos psicológicos), debe sostenerse por lo menos tres años ya que es el tiempo en el que habitualmente desaparecen. En términos de expectativa de vida saludable, costo social y económico, la prevención de la osteoporosis y la disminución del riesgo cardiovascular, requiere de la administración de la THR por lo menos durante 10-15 años. (2).

No hay que olvidar que la terapéutica sustitutiva con estrógenos para el síndrome climatérico y la prevención de las complicaciones posmenopausicas implica prescribir fármacos para uso prolongado con el fin de modificar los acontecimientos de un proceso fisiológico y no para tratar una condición patológica. (4, 2).

La supresión del síndrome vasomotor, el efecto fisiológico favorable sobre el tracto urogenital y la reducción en los riesgos de osteoporosis y enfermedad cardiovascular que se logran con THR contribuyen a disminuir la morbimortalidad, elevando el bienestar general de la mujer y mejorando la calidad de vida en esta etapa. La prescripción de estrógenos para sustituir la función hormonal ovárica después de la menopausia se utiliza para suprimir síntomas y prevenir complicaciones consecuentes a un proceso fisiológico, lo que representa la administración de un fármaco en personas sanas y no con la finalidad de modificar una condición o estado patológico; por último, debe tenerse en cuenta que para que la THR brinde sus beneficios más trascendentes es necesario administrarla por períodos muy largos o de manera permanente, lo que hace necesario balancear muy bien y con sumo cuidado los riesgos y beneficios de dicha prescripción. (4, 2).

CALIDAD DE VIDA.

“La finalidad de prestar atención médica durante el climaterio y la menopausia, recapitular sus definiciones, criterios diagnósticos, bases fisiológicas y fisiopatológicas de sus manifestaciones clínicas y sus complicaciones y tratamiento, es contribuir a mejorar la precisión en el diagnóstico y la oportunidad en su manejo en medicina familiar, con el único fin de elevar la calidad de vida de la mujer durante esta etapa de su vida, vía auto actualización y autorrealización personal”. (2, 3).

Calidad de vida, es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, influido por el entorno en que vive, como la sociedad, la cultura, la escala de valores, etc; factores que influyen sobre el desarrollo humano de cualquier comunidad. (5, 7).

El concepto de *calidad de vida* tiene su origen en Occidente. Se encuentra en las filosofías de la antigua Grecia y Aristóteles la definía como “felicidad, una actividad virtuosa del alma”. Se encuentran también términos como “satisfacción vital” o “bienestar subjetivo”. (6).

Walker y Roser definen a la *calidad de vida* como “un concepto que involucra una amplia gama de características físicas, psicológicas y sus limitaciones, las cuales describen la capacidad individual para funcionar y derivar satisfacción de ello”. (6).

Gill y Feinstein proponen que la *calidad de vida* es la percepción así como la reacción a los problemas de salud y algunas áreas no médicas tales como el componente psicológico, la interacción social y los factores económicos. (6).

Así pues, tenemos tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida y que son:

-Dimensión física: percepción del estado físico o la salud; es decir, ausencia o presencia de enfermedad.

-Dimensión psicológica: percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como miedo, ansiedad, pérdida de la autoestima, etc.

-Dimensión social: percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, desempeño laboral, etc. (14).

Las características propias de la calidad de vida son:

-Concepto subjetivo: cada ser humano tiene su propio concepto sobre la vida y su calidad.

-Concepto universal: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

-Concepto holístico: la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones según el modelo biopsicosocial: el ser humano es un todo.

-Concepto dinámico: dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo.

-Interdependencia: los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de manera que cuando una persona no esta bien en alguno de ellos va a repercutir invariablemente en los otros. (14).

En las mujeres posmenopausicas la calidad de vida, entendido de esta manera, empeora de forma creciente desde el inicio de la menopausia; más del 80% de ellas ven deteriorado su bienestar general, con la aparición de los síntomas propios de este proceso, tales como los bochornos, la sudoración y el insomnio entre muchos otros; afectándose de manera importante no solo su estado emocional o su relación de pareja sino también su vida familiar y social; es por ello que se hace imperioso una atención sanitaria integral para paliar los efectos propios de este proceso; logrando mejorar el bienestar físico, mental y social de la mujer, brindándole así una mejor calidad de vida durante todo este proceso de su vida. (13, 15).

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA.:

El Climaterio provoca síntomas vasomotores, trastornos psicosociales, molestias físicas y disfunciones sexuales que condicionan un deterioro de la Calidad de Vida. Hay innumerables publicaciones relativas a síntomas climatéricos, pero existen pocos estudios que midan la influencia de éstos sobre la calidad de vida de la mujer. (16). Sin embargo, evaluar la calidad de vida que presentan las mujeres posmenopausicas ha cobrado gran interés hasta los últimos años dando origen a la elaboración de múltiples escalas de medición que permitan su evaluación. (7). Si recordamos, la calidad de vida es un concepto subjetivo que se ve modificado en función del contexto cultural en el que nos encontremos. Para valorar la calidad de vida en el climaterio se debe considerar los fenómenos que ocurren en el área física, psicológica, sexual, social y familiar de la mujer (17); como se ve, evaluar la calidad de vida no es tarea fácil; existen diferentes instrumentos que han sido desarrollados para ello, en general existen dos tipos básicos de cuestionario: genérico y enfermedad-específico. Las mediciones específicas de alguna enfermedad, tienen mayor posibilidad de responder y tener sentido tanto para los médicos como para los pacientes (7). Estas mediciones específicas relacionan concepto y términos de la población de pacientes, en los grupos de diagnóstico o en las enfermedades, tal es el caso de el “Women’s Health Questionnaire (WHQ)”, un instrumento específico para la menopausia que consiste en 37 puntos que incluyen nueve escalas y evalúa, además de los síntomas vasomotores, áreas importantes como otros síntomas somáticos, el humor, los problemas de sueño, las dificultades cognitivas y el funcionamiento sexual. (1, 7).

En términos generales, la evaluación de las consecuencias que la menopausia tiene sobre la mujer se ha hecho a partir de escalas clínicas, como el clásico cuestionario de Kupperman (que en la actualidad carece de bases científicas y solo tiene un valor histórico), el Womens Health Questionnaire (WHQ), la Escala de Greene (quizá uno de los más utilizados a nivel mundial), la Menopausal Synthoms List (basado unicamente en la sintomatología presentada por la mujer), la Menopause Rating Scale (MRS) panorama general biopsicosocial de la mujer; la Utian Menopause Quality of Life Scale (UMQLS), la Menopausal Specific Quality of Life (MEQOL) y en castellano únicamente el cuestionario MENCAV. Más recientemente, en febrero de 2003 se presentó en España, elaborada conforme a criterios del máximo rigor científico, la Escala de Cervantes; instrumento específico para la mujer durante la peri y posmenopausia, capaz de valorar el impacto de su estado de salud en distintas áreas físicas y psicosociales y en especial, su repercusión en el bienestar general. Esta Escala está constituida por 31 ítems agrupados en 4 subescalas según el dominio a valorar: dominio de menopausia y salud, 15 ítems subdivididos en 3 grupos (síntomas vasomotores, 3 ítems; salud, 5 ítems; envejecimiento, 7 ítems); dominio psíquico, 9 ítems; dominio de sexualidad, 4 ítems; dominio de relación de pareja, 3 ítems. La puntuación obtenida oscila entre el valor 0 para la máxima calidad de vida y

el valor 155 para su mínima expresión. Su ámbito de aplicación es la población femenina de entre 45 y 65 años de edad, probablemente este instrumento será uno de los más aceptados y utilizados en la actualidad. (18).

Hasta la fecha se encuentran en marcha ensayos clínicos poblacionales que aportaran información dentro de unos años, de la calidad de vida que presentan las mujeres postmenopausicas que se encuentran y no recibiendo THR. En México, desde hace aproximadamente una década se han realizado estudios tanto a nivel privado como institucional sobre las influencia del síndrome climatérico en la mujer; tal como la “Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio”, “Menopausia: representaciones sociales y practicas” o “El Cuestionario de calidad de vida en la etapa del climaterio” realizados en el ISSSTE, , en Cuernavaca y en el INPER, respectivamente; sin embargo, ya que son pocos los instrumentos de medición de la calidad de vida que están diseñados para la evaluación clínica y poblacional de los cambios que supone la menopausia en la calidad de vida de las mujeres, se hace necesario contar con instrumentos de medición válidos y confiables que puedan contribuir a la construcción de modelos que expliquen al climaterio desde una perspectiva multidisciplinaria. (7).

JUSTIFICACIÓN

El progresivo aumento en la esperanza de vida de la mujer ha motivado un interés creciente en todo el mundo sobre los aspectos relacionados con la calidad de la misma, dentro de los cuales la prevención y atención de las complicaciones del climaterio y la menopausia desempeña un papel de gran importancia. (2).

Las manifestaciones clínicas, producto de los cambios hormonales y de las percepciones del entorno sociocultural que rodean la aparición del climaterio, dan lugar en la actualidad a una cada vez más elevada demanda de atención médica. A más largo plazo, los cambios en el perfil de morbilidad de esta población constituye un reto para los planificadores y prestadores de servicios de salud dado el carácter de cronicidad que adquieren los padecimientos, en particular los relacionados con el metabolismo óseo, la hipertensión arterial y el cáncer ginecológico. (9).

Se hace necesario, por lo tanto, difundir los criterios actualmente más aceptados en la literatura médica con respecto a las definiciones, manifestaciones clínicas, bases fisiológicas y fisiopatológicas, complicaciones, diagnóstico y esquemas de tratamiento por vía oral y transdérmico de los trastornos climatéricos y de sus consecuencias, con la finalidad de contribuir a facilitar la identificación y manejo de estos problemas de salud de la mujer, en el ámbito de la medicina familiar, elevando su calidad de vida durante este periodo. (1, 2).

Si consideramos, además a la menopausia, no como una señal de decadencia sino como un fenómeno que señala el principio de algo positivo, en lugar de ser para el médico una luz en el camino de problemas, puede ser una señal para el futuro, iniciando un buen programa de salud para este grupo poblacional en particular. Es importante también que los médicos no solo estén familiarizados con los hechos relacionados a la menopausia sino que tengan una actitud apropiada a este periodo de la vida; así su punto de vista debe ser tomado como una oportunidad para proveer y reforzar un programa preventivo de cuidados de la salud. (1, 2, 9).

“El climaterio (y el estado posmenopáusicos) pese a ser un fenómeno estudiado de muchas formas y desde hace algún tiempo aún es mal comprendido, por lo que se hace estrictamente necesario, de acuerdo a los cambios sociodemográficos que se están viviendo, no solo conocer su definición sino también su sintomatología, hacer un diagnóstico adecuado y brindar no solo un tratamiento farmacológico sino las bases que puedan ayudar a elevar la calidad de vida que suelen presentar las mujeres en esta etapa de su vida”. (7, 2).

En la UMF No. 33 “El Rosario” hasta junio del año pasado, según el censo de población adscrita a medicina familiar, la distribución porcentual por grupo de edad estimaba a la población femenina de 30 a 59 años en 25,930, es decir, el 22.78% de la población absoluta; 12,502 registradas en el turno matutino y 13,352 en el vespertino. (3).

En el Informe anual del 26 marzo del 2002 al 25 de febrero del 2003 los Estados menopausicos y climatéricos (clave N-95.1) registrados de primera vez sumaron 171 casos y los subsecuentes 1095, dando un total de 1266, es decir, menos del 1% de la población total adscrita y 4.8% de la población femenina de entre 30 y 59 años; así mismo, los Estados asociados con Menopausia Artificial (clave N-95.3) de primera vez registrados fueron 33 casos y los subsecuentes 136; en total 169, es decir .65% de la población femenina de entre 30 y 59 años y menos del .2% de la población total adscrita a la UMF No. 33. (3).

Con base a lo anterior, es evidente que poco se ha hecho en realidad no solo por este grupo poblacional en particular sino por un tema tan controversial como este; si tenemos en

cuenta además que la atención primaria constituye el primer y en ocasiones único contacto con la mujer posmenopáusica, es obligación del médico familiar conocer cada vez más acerca de este tema para poder prestar una atención integral y completa a toda mujer que se encuentre en esta etapa normativa de su ciclo vital. (17).

Por todo lo antes mencionado es de suma relevancia realizar este trabajo, conocer no solo la calidad de vida que presentan las mujeres posmenopausicas, la incidencia o prevalencia de los síntomas que comprenden el Síndrome Climatérico sino también de manera indirecta la relación que existe o pudiera existir con la THR, a la que no toda la población en estudio tiene acceso, todo lo cual nos dará a conocer las deficiencias que pudieran estar presentándose en la atención integral de este grupo tan vulnerable de la población en la general, lo que a su vez nos permitirá como parte del Sector salud implementar medidas y estrategias para una atención completamente integral y de mejor calidad, sobre todo a este grupo específico de la población por ello que se hace imperioso una atención sanitaria integral para paliar los efectos propios de este proceso; logrando mejorar el bienestar físico, mental y social de la mujer, brindándole así una mejor calidad de vida durante todo este proceso de su vida. (13, 15).

MATERIAL Y METODOS.

El proyecto de investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el período comprendido de noviembre del 2005 a enero del 2006 con pacientes del sexo femenino de edades comprendidas entre 45 y 60 años que se encontraban en su período posmenopáusico, estuvieran o no presentando sintomatología climatérica, con y sin terapia hormonal de reemplazo; con objetivo de determinar la calidad de vida que presentan.

El diseño del estudio es prolectivo, observacional, transversal y descriptivo. El tamaño de la muestra programada fue de 245 mujeres posmenopáusicas que acudieron a consulta externa de la UMF No 33 en ambos turnos, así como pacientes que se encontraban en la sala de espera y previo de consentimiento informado desearon participar en el estudio, cumpliendo además con los criterios de inclusión: pacientes de 45 a 60 años de edad, con o sin sintomatología climatérica y que estuvieran o no bajo recibiendo terapia hormonal de reemplazo(THR). Se excluyeron a pacientes no adscritas a la UMF No. 33 y mujeres menores de 45 o mayores de 60 años, así como a mujeres que se negaron a participar en el estudio. Se eliminaron a las pacientes que contestaron la encuesta de forma incompleta (3 o más ítems en blanco). Para determinar la calidad de vida que presentaban se les aplicó la escala de Cervantes que consta de 31 ítems, distribuidos en los dominios: "menopausia y salud" con 15 ítems (3 sobre sintomatología vasomotora, 5 de salud y 7 sobre envejecimiento); "sexualidad" con 4 ítems; "relación de pareja" con 3 ítems y "dominio psíquico" con 9 ítems; en donde la puntuación global obtenida será 0 para la máxima calidad de vida y 155 para la mínima calidad de vida, tomando todo puntaje por arriba de 100 como un valor cercano a 155 y menores de 100 más cercano a 0. Se aplicó además un cuestionario diseñado exprofeso para identificar y documentar antecedentes gineco obstétricos y características sociodemográficas, mediante el método de Graffar en particular se pudo determinar el nivel socioeconómico que presentaban.

Se llevo a cabo un análisis estadístico de la información, a través del procedimiento estadístico descriptivo, obteniéndose frecuencias y porcentajes, lo que se representó en graficas y tablas.

La investigación se realizo bajo los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional, así como previo consentimiento informado del paciente.

Los recursos humanos para la realización de la investigación correspondió al medico residente encargado de la misma, así como los recursos físicos y financieros.

RESULTADOS.

Se aplicaron un total de 256 cuestionarios a mujeres posmenopáusicas de edades comprendidas entre los 45 y los 60 años de edad que se encontraban en la UMF No 33 "El Rosario" y que cumplieron con los criterios de inclusión, eliminándose 6 de estos cuestionarios, dos de ellos por no ser pacientes adscritas a dicha UMF y cuatro más por contestar de manera incompleta la encuesta Cervantes, quedando un total de 245 que equivale al 100%.

Se obtuvo un total de 213 pacientes (87%) que presentaban una mínima calidad de vida y tan solo 32, es decir un 13% quienes presentaban una máxima calidad de vida de acuerdo al puntaje obtenido en la Escala Cervantes. (Tabla 1 y Gráfica 1)

De las 213 pacientes con una mínima calidad de vida, 110 de ellas (52%) se vieron más afectadas en los dominios de Menopausia y salud y en el dominio Psíquico, mientras que 102, es decir el 48% lo fue en el dominio de Sexualidad y Relación de pareja; el total de estas pacientes presento sintomatología vasomotora en menor o mayor grado. (Tabla 2 y Gráfica 2)

Todas las 32 pacientes con una máxima calidad de vida presentaron también sintomatología vasomotora aunque en menor grado y 19 de ellas (60%) se vieron más afectadas en el dominio de Menopausia y salud, mientras que 8 (25%) lo fue en el dominio psíquico y solo 5 de ellas (15%) se vieron más afectadas en los dominios de relación de Sexualidad y pareja. (Tabla 3 y Gráfica 3)

De las 213 pacientes que presentaron una mínima calidad de vida, 42 de ellas, es decir el 20% recibieron en algún momento de su pre y posmenopausia tratamiento hormonal de reemplazo (THR), de las cuales únicamente 12 (6%) continúan actualmente con el tratamiento. (Tabla 4 y Gráfica 4). De las 32 pacientes que presentaron una máxima calidad de vida, 27 (85%) recibieron THR desde el inicio de su menopausia y 19 de ellas (60%) continúan hasta la fecha tomándolo. (Tabla 5 y Gráfica 5).

Dentro de los factores sociodemográficos:

De los grupos de edad en general tenemos lo siguiente: de 45 a 50 años 73 pacientes (30%), de 51 a 55 años 110 pacientes (45%) y de 56 a 60 años 62 pacientes (25%). (Tabla 6 y Gráfica 6)

De las 73 pacientes del grupo de edad de 45 a 50 años, 63 (86%) presentaron una mínima calidad de vida mientras que 10 (14%) presentaron máxima calidad de vida. De las 110 pacientes del grupo de edades de 51 a 55 años, 102 (93%) tuvieron una mínima calidad de vida y solo 8 de ellas (7%) presentaron una máxima calidad de vida. En el último grupo de edades de 51 a 60 años de las 62 pacientes totales, 48 (77%) tuvieron una mínima calidad de vida mientras que 14, es decir el 23% presentaron una máxima calidad de vida. (Tabla 7 y 8 Gráfica 7 y 8)

Con respecto a la escolaridad, en las pacientes que presentaron una mínima calidad de vida: 48 (22%) no tenían ninguna escolaridad, 86 que representaban el 40% contaban con escolaridad primaria; 52 (24%) tenía escolaridad secundaria; 16 (7.5%) contaba con preparatoria; 8 (4%) con educación técnica y solo 3 que representaban al 1.5% de las 213 pacientes con mínima calidad de vida contaban con nivel licenciatura. (Tabla 9 y Gráfica 9). De las 32 pacientes que presentaron una máxima calidad de vida: 2 de ellas, es decir el 6% presentaban ninguna escolaridad; 7 (22%) escolaridad primaria; 8 (25%) con secundaria; 7

(22%) con preparación preparatoria; 3 (9%) con educación técnica y 5 (16%) contaban con nivel licenciatura. (Tabla 10 y Gráfica 10)

En base a su estado civil, de las 213 pacientes con mínima calidad de vida: 24 (11%) eran solteras; 72 (34%) casadas; 38 (18%) viudas; 64 (30%) divorciadas y 15 (7%) se encontraban en unión libre. (Tabla 11 y Gráfica 11). De las 32 pacientes con una máxima calidad de vida: 8 (25%) eran solteras; 14 (44%) casadas; 5 (16%) viudas, 2 (6%) divorciadas y 3 (9%) se encontraban en unión libre. (Tabla 12 y Gráfica 12)

De acuerdo a su ocupación, de las pacientes con una mínima calidad de vida: 80 (38%) se dedican exclusivamente al hogar, 72 (34%) son obreras u empleadas, 6 (3%) son técnicas, 5 (2%) se dedican a la docencia, 2 (1%) son profesionales y 48 (22%) están jubiladas o pensionadas. (Tabla 13 y Gráfica 13). De las pacientes que presentaron una máxima calidad de vida: 8 (25%) se dedican al hogar, 7 (22%) son obreras o empleadas, 3 (9%) son técnicas, 6 (19%) se dedican a la docencia, 3 (9%) son profesionales y 5 (16%) son jubiladas o pensionadas. (Tabla 14 y Gráfica14)

De acuerdo al nivel socioeconómico que presentan, tenemos lo siguiente: Pacientes con una mínima calidad de vida: 5 (2.5%) con un nivel socioeconómico alto; 20 (9.3%) con un nivel Medio alto; 80 (37.5%) se encontraron con un nivel socioeconómico medio bajo; 78 (36.6%) eran obreras y 30 (14.3%) se encontraron con un nivel socioeconómico marginal. (Tabla 15 y Gráfica 15). De las pacientes con una máxima calidad de vida: 3 (9.4%) presentaron un nivel socioeconómico alto, 7 (21.8%) un nivel medio alto; 12 (37.5%) un nivel medio bajo; 8 (25.1%) eran obreras y 2 (6.2%) presentaron un nivel socioeconómico marginal (Tabla 16 y Gráfica 16).

En cuanto a las características gineco-obstétricas:

MENARCA: De las pacientes con mínima calidad de vida: 72 (34%) la iniciaron antes de los 11 años de edad, 56 (26%) entre los 12 y 13 años, 45 (21%) entre los 14 y 15 años y 40 (19%) después de los 15 años.(Tabla 17 y Gráfica 17). De las pacientes con máxima calidad de vida: 8 (25%) la presentaron antes de los 11 años, 10 (31%) entre los 12 y 13 años, 9 (28%) entre los 14 y 15 años de edad y solo 5 (16%) después de los 15 años. (Tabla 18 y Gráfica 18)

INICIO DE VIDA SEXUAL: En las pacientes con mínima calidad de vida, se observó que 116 de ellas que representan el 54.5% inicio relaciones sexuales antes de los 15 años de edad, 48 (22.5%) entre los 15 y 18 años, 27 (12.6%) entre los 19 y 21 años y 22, es decir el 10.4% después de los 21 años de edad. (Tabla 19 y Gráfica 19). De las pacientes con máxima calidad de vida: 6 (18.7%) iniciaron antes de los 15 años, 9 (28.3%) entre los 15 y los 18 años, 10 (31.2%) entre los 19 y 21 años y solo 7 de ellas, 21.8% después de los 21 años. (Tabla 20 y Gráfica 20)

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: 182 pacientes (85.5%) de las 213 que presentaron una mínima calidad de vida refirieron una sola pareja sexual, 26 (12.2%) de 2 a 3 parejas y 5 (2.3%) más de 4 parejas. (Tabla 21 y Gráfica 21). De las 32 pacientes con máxima calidad de vida 21 de ellas (65.6) refirieron una sola pareja sexual, 9 (28.2%) de 2 a 3 parejas y solo 2 de ellas (6.2%) más de 4 parejas. (Tabla 22 y Gráfica 22)

METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Se observó que de las 213 pacientes con una mínima calidad de vida 63 de ellas (29%) no utilizaron ningún método de planificación durante su vida reproductiva; 23 (11%) emplearon en algún momento de su vida reproductiva Hormonales inyectables, 29 (14%) hormonales orales; 45 (21%) utilizaron el DIU, 32 (15%)

había optado por la OTB y solo 21 de ellas, es decir el 10% refirió la vasectomía como método de planificación. (Tabla 23 y Gráfica 23). En las 32 pacientes con una máxima calidad de vida 2 que representaba el 6.2% nunca utilizó ningún método de planificación durante su vida reproductiva; 4 (12.5%) emplearon hormonales inyectables; 8 (25%) hormonales orales; 9 (28%) DIU, 6 (18.8%) OTB y 3 (9.4%) vasectomía. (Tabla 24 y Gráfica 24).

MENOPAUSIA: Casi el 60% de las 245 pacientes encuestadas refirieron su menopausia entre los 49 y 51 años de edad, el 10% entre los 45 y 49 años de edad, el 20% entre los 52 y 55 años de edad y el resto después de los 55 años.

En cuanto a las enfermedades crónico degenerativas asociadas tenemos los siguientes datos:

De las 245 mujeres encuestadas, 146 (69%) eran diabéticas, 62 (29%) hipertensas, 91 (43%) tenían alguna enfermedad articular y 110 (52%) padecían tanto de diabetes como de hipertensión. (Tabla 25 y Gráfica 25)

De las 213 mujeres con una mínima calidad de vida 146 (69%) padecían diabetes mellitus tipo 2, 62 (29%) refirieron hipertensión arterial sistémica; 91 (43%) enfermedades articulares; 110 (52%) eran tanto diabéticas como hipertensas. (Tabla 26 y Gráfica 26).

De las 32 mujeres que presentaron una máxima calidad de vida 30 (93%) padecían diabetes mellitus tipo 2, 22 (69%) hipertensión arterial sistémica, 19 (59%) sufrían de enfermedades articulares, 24 (74%) padecían tanto diabetes mellitus tipo 2 como hipertensión arterial sistémica. (Tabla 27 y Gráfica 27).

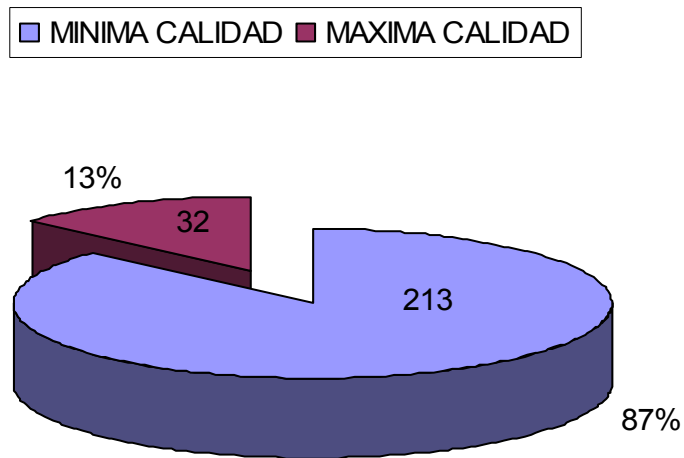
TABLAS Y GRAFICAS.

**Tabla 1. CALIDAD DE VIDA QUE PRESENTAN LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS
ADSCRITAS A LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"**

Población Total 245		
	MINIMA CALIDAD	MAXIMA CALIDAD
FRECUENCIA	213	32
PORCENTAJE	87%	13%

Fuente: Escala de Cervantes aplicada a la población en Estudio

*Grafica 1.
Calidad de vida que presentan las mujeres posmenopausicas adscritas
a la UMF No 33 "El Rosario"*



Fuente: Escala de Cervantes Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 2. MÍNIMA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 " EL ROSARIO" DE ACUERDO A LOS DOMINIOS: MENOPAUSIA Y SALUD, PSIQUICO Y SEXUALIDAD Y RELACION DE PAREJA

Población Total 213

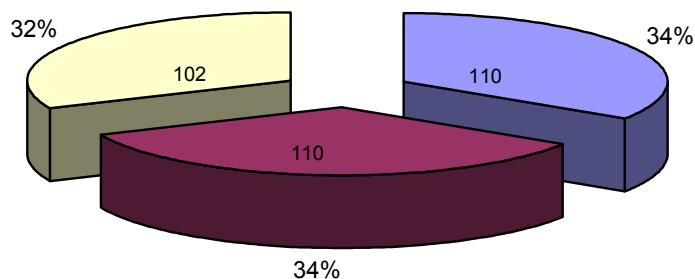
DOMINIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOPAUSIA Y SALUD	110	34%
PSIQUICO	110	34%
SEXUALIDAD Y PAREJA	102	32%

Fuente: Escala de Cervantes aplicada a la población en Estudio

Gráfica 2.

Mínima Calidad de Vida de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 "El Rosario" de acuerdo a los dominios: Menopausia y Salud, Psiquico y Sexualidad y Relación de pareja.

■ MENOPAUSIA Y SALUD ■ PSIQUICO ■ SEXUALIDAD Y PAREJA



Fuente: Escala de Cervantes Aplicada a la Población en Estudio

Tabla 3. MÁXIMA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 " EL ROSARIO" DE ACUERDO A LOS DOMINIOS: MENOPAUSIA Y SALUD, PSÍQUICO Y SEXUALIDAD Y RELACION DE PAREJA

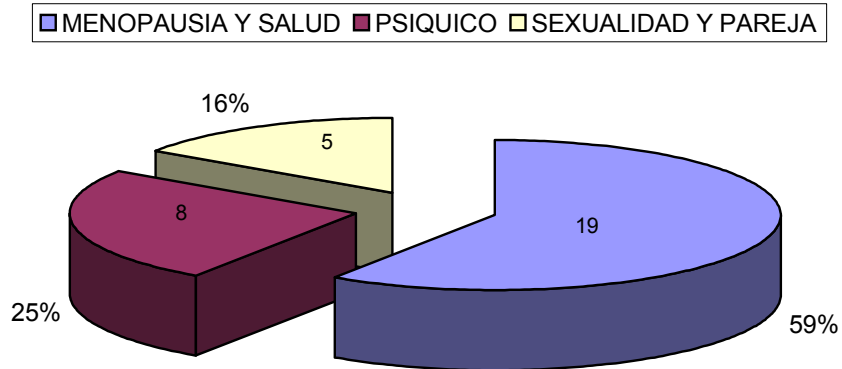
Población Total 32

DOMINIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOPAUSIA Y SALUD	19	59%
PSIQUICO	8	25%
SEXUALIDAD Y PAREJA	5	16%

Fuente: Escala de Cervantes aplicada a la población en Estudio

Gráfica 3.

Mínima Calidad de Vida de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 "El Rosario de acuerdo a los dominios: Menopausia y Salud, Psíquico y Sexualidad y Relación de Pareja



Fuente: Escala de Cervantes Aplicada a la Población en estudio en Estudio

Tabla 4. MÍNIMA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 DE ACUERDO A LA TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

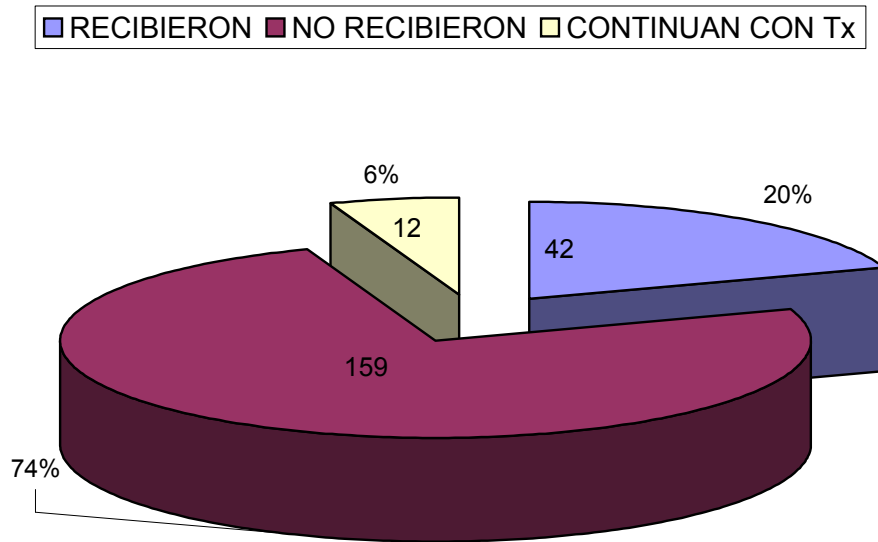
Población Total 213

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECIBIERON	42	20%
NO RECIBIERON	159	74%
CONTINUAN CON Tx	12	6%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 4.

Mínima calidad de vida de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 de acuerdo a la Terapia Hormonal de Reemplazo



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 5. MÁXIMA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 DE ACUERDO A LA TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

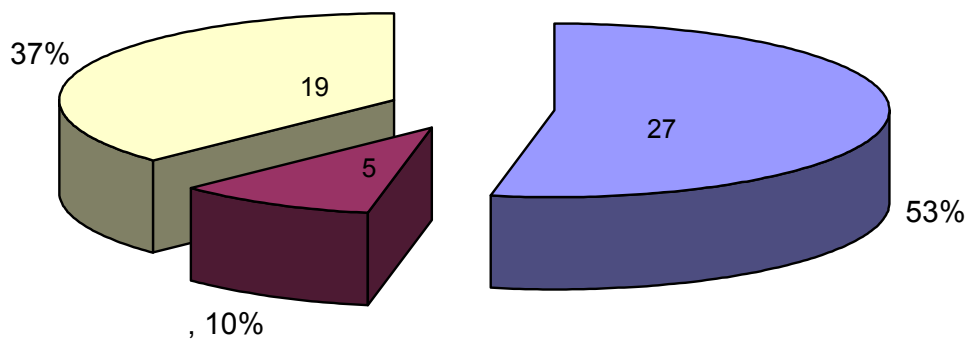
Población Total 32

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECIBIERON	27	85%
NO RECIBIERON	5	15%
CONTINUAN CON Tx	19	60%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 5.
Máxima Calidad de Vida de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 de acuerdo a la Terapia Hormonal de Reemplazo

■ RECIBIERON
 ■ NO RECIBIERON
 ■ CONTINUAN CON Tx



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 6. EDAD DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 "EL ROSARIO"

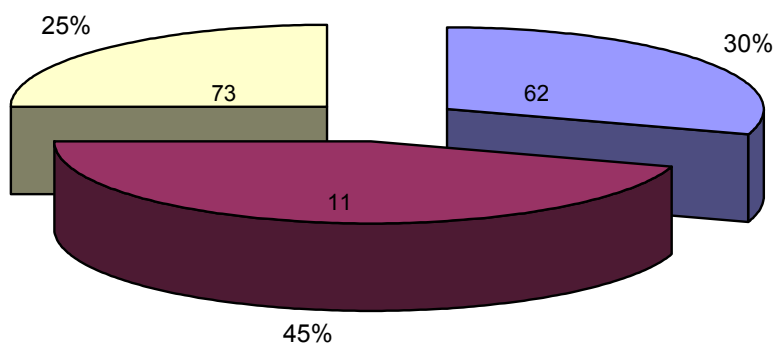
Población Total 245

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
45-50 Años	73	30%
51-55 Años	110	45%
56-60 Años	62	25%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 6.
Edad de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 "El Rosario"

■ 45-50 Años ■ 51-55 Años □ 56-60 Años



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

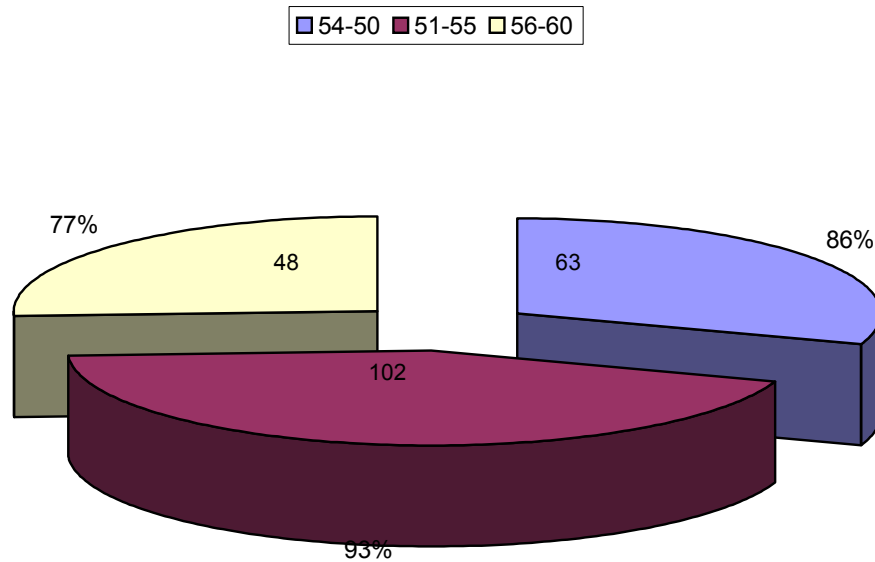
Tabla 7. MÍNIMA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD

Población Total 213

GRUPO DE EDAD	POBLACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
54-50	73	63	86%
51-55	106	102	93%
56-60	62	48	77%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 7.
Mínima Calidad de Vida de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 de acuerdo a grupo de edad



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

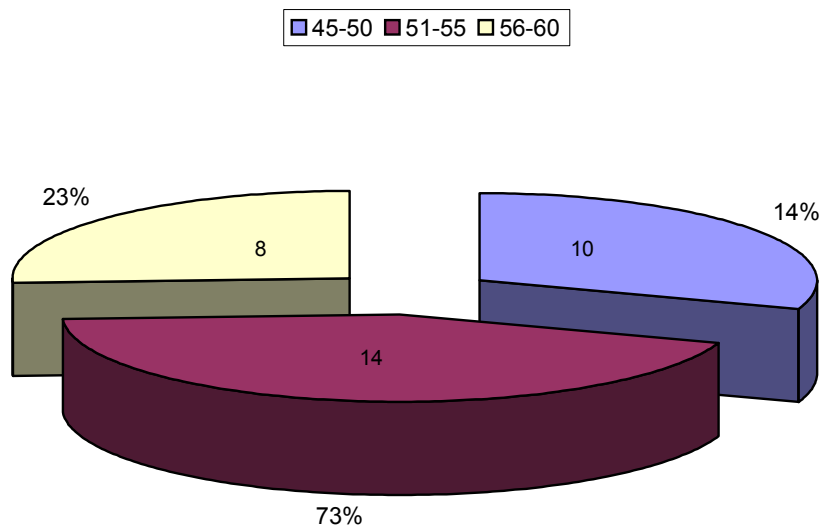
Tabla 8. MÁXIMA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD

Población Total 32

GRUPO DE EDAD	POBLACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
45-50	73	10	14%
51-55	106	8	73%
56-60	62	14	23%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 8.
Máxima Calidad de Vida de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 de acuerdo a grupo de edad



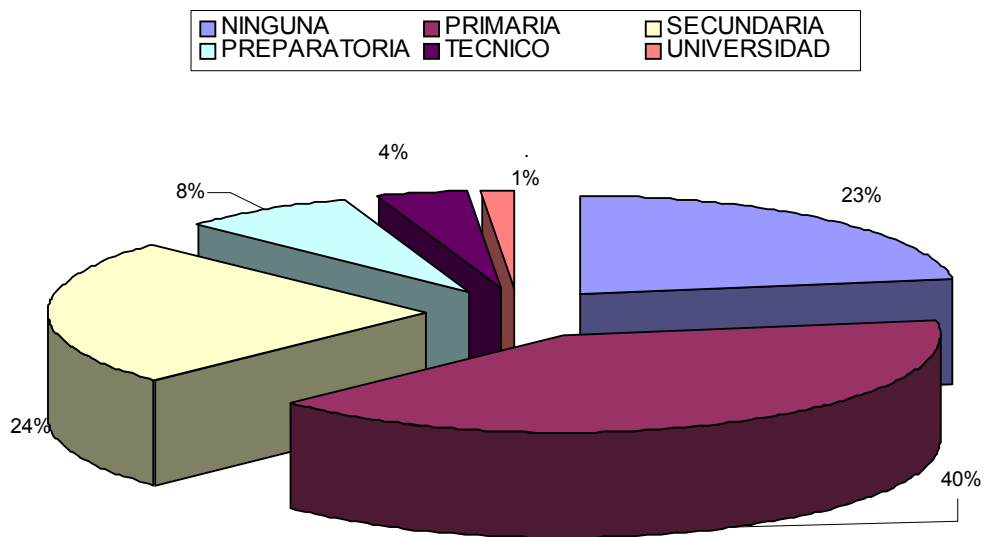
Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 9. ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213		
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	48	22%
PRIMARIA	86	40%
SECUNDARIA	52	24%
PREPARATORIA	16	7.50%
TECNICO	8	4%
UNIVERSIDAD	3	1.50%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 9.
Escolaridad de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 con Mínima Calidad de Vida.



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 10. ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

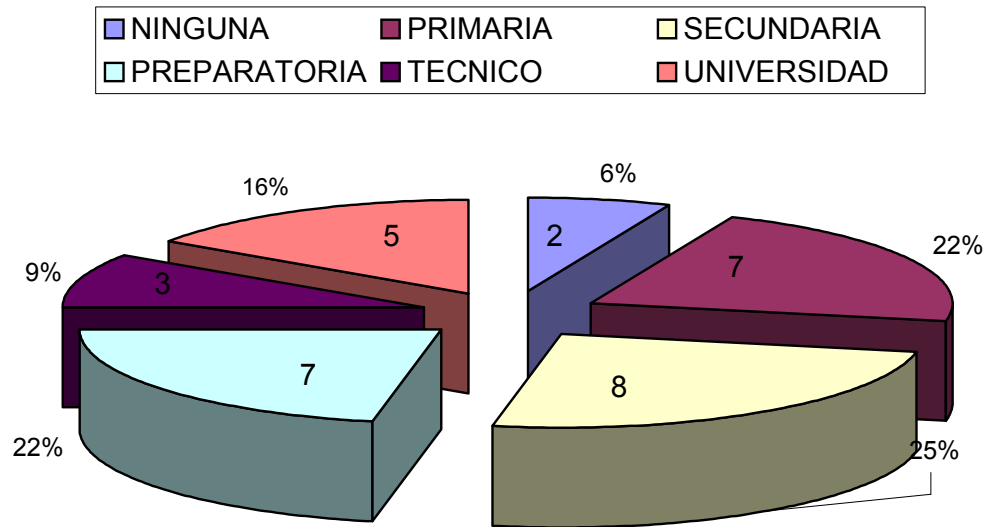
Población Total 32

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	2	6%
PRIMARIA	7	22%
SECUNDARIA	8	25%
PREPARATORIA	7	22%
TECNICO	3	9%
UNIVERSIDAD	5	16%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 10.

Escolaridad de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 con Máxima Calidad de Vida



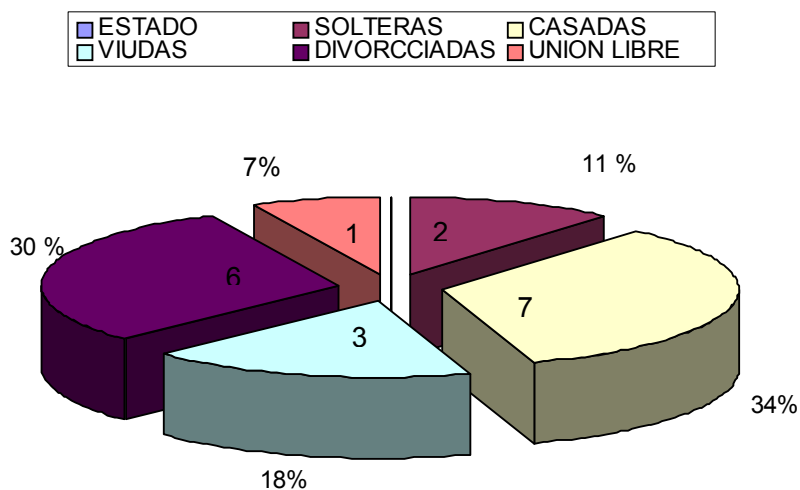
Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 11. ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213		
ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERAS	24	11%
CASADAS	72	34%
VIUDAS	38	18%
DIVORCCIADAS	64	30%
UNION LIBRE	15	7%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 11.
Estado Civil de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Mínima Calidad de Vida



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 12. ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

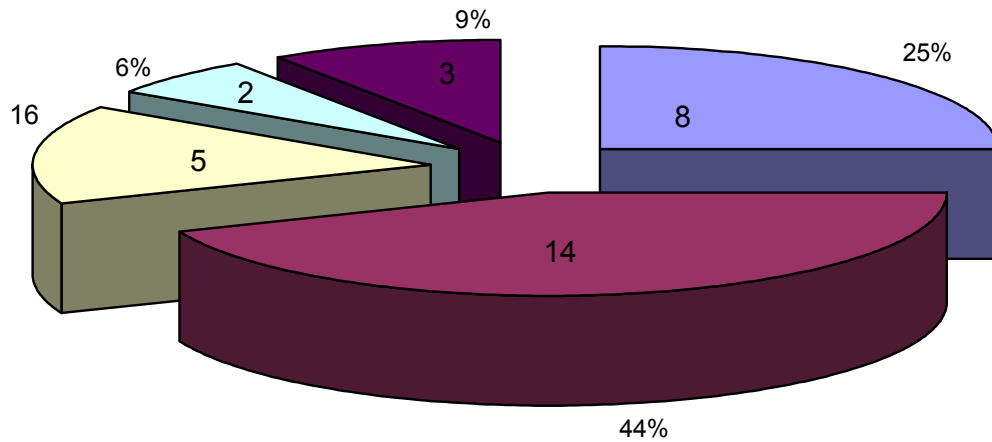
Población Total 32

ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERAS	8	25%
CASADAS	14	44%
VIUDAS	5	16%
DIVORCCIADAS	2	6%
UNION LIBRE	3	9%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 12.
Estado civil de las mujeres posmenopausicas de la UMF No 33 con Máxima Calidad de Vida

■ SOLTERAS
 ■ CASADAS
 ■ VIUDAS
 ■ DIVORCCIADAS
 ■ UNION LIBRE



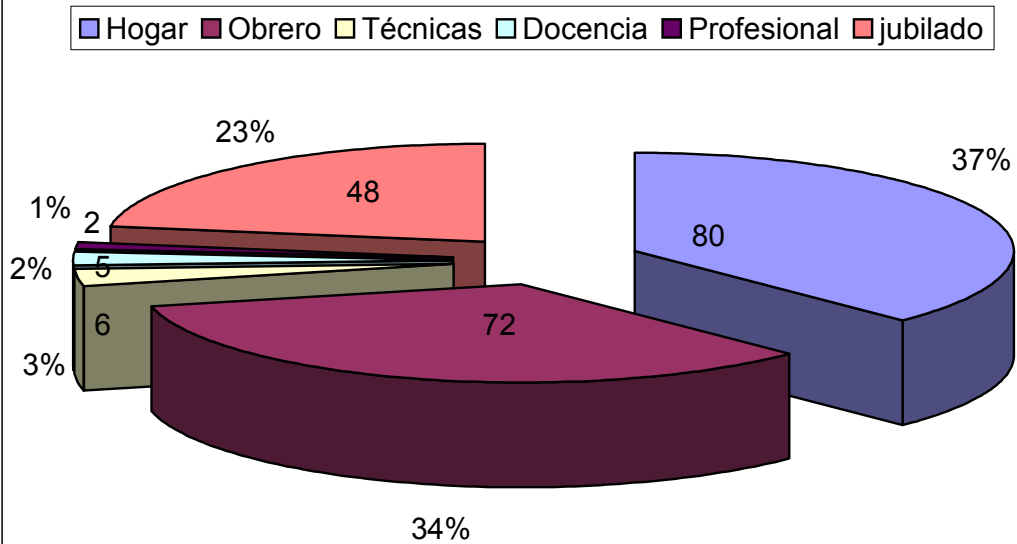
Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en

Tabla 13. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213		
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	80	38%
OBRERO	72	34%
TECNICO	6	3%
DOCENCIA	5	2%
PROFESIONAL	2	1%
JUBILADAS	48	22%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 13.
Ocupación de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No 33 con Mínima Calidad de Vida



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 14. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

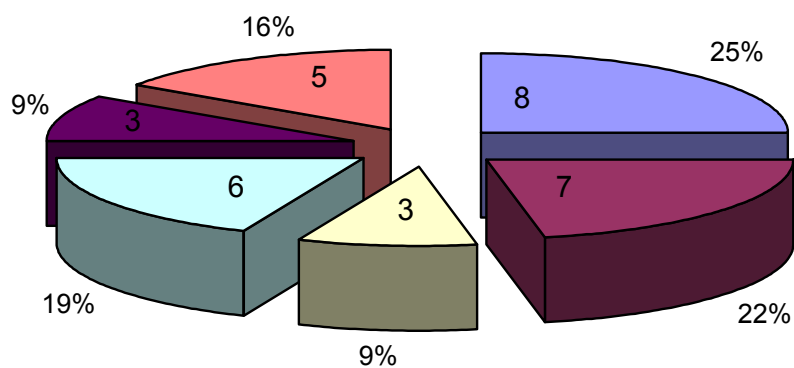
Población Total 32

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	8	25%
OBRERO	7	22%
TECNICO	3	9%
DOCENCIA	6	19%
PROFESIONAL	3	9%
JUBILADAS	5	16%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 14.
Ocupación de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Máxima Calidad de Vida

■ Hogar
 ■ Obrero
 ■ Tecnicas
 ■ Docencia
 ■ Profesional
 ■ jubilado



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

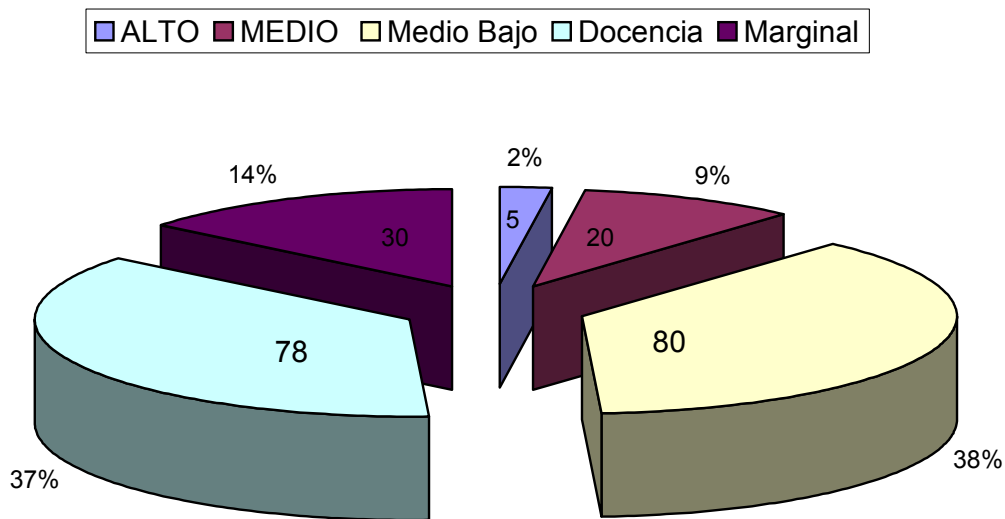
Tabla 15. NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	5	2.50%
MEDIO ALTO	20	9.30%
MEDIO BAJO	80	37.50%
DOCENCIA	78	36.60%
MARGINAL	30	14.30%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 15.
Nivel Socioeconomico de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Mínima Calidad de Vida



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

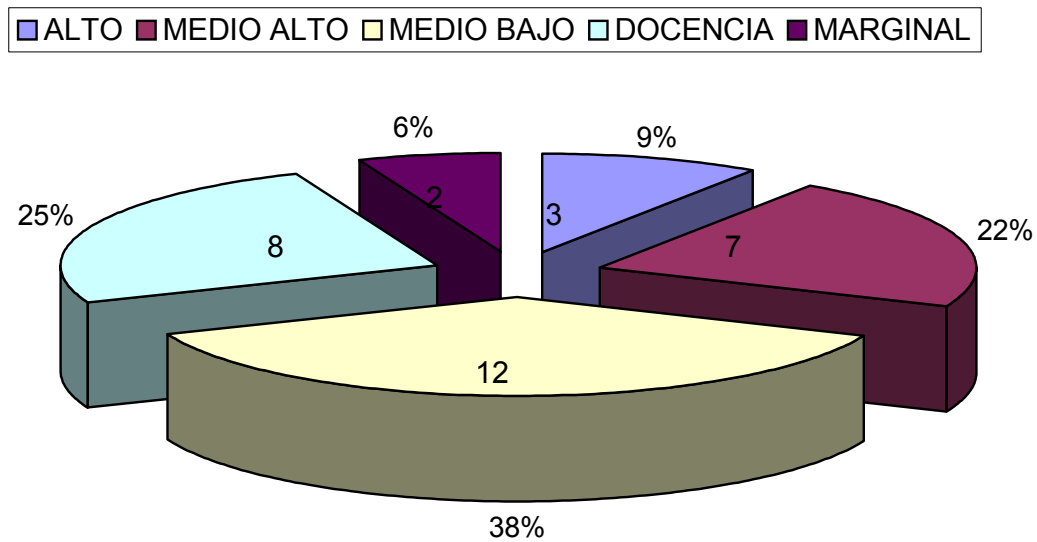
Tabla 16. NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 32

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	3	9.40%
MEDIO ALTO	7	21.80%
MEDIO BAJO	12	37.50%
DOCENCIA	8	25.10%
MARGINAL	2	6.20%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 16.
Nivel Socioeconomico de las mujeres posmenopausicas de la UMF No. 33 con Máxima Calidad de Vida



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

CARACTERSTICAS GINECO-OBSTETRICAS

Tabla 17. EDAD DE LA MENARCA DE LAS MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 11 Años	72	34%
12 a 13 Años	56	26%
14 a 15 Años	45	21%
Mas de 15 Años	40	19%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

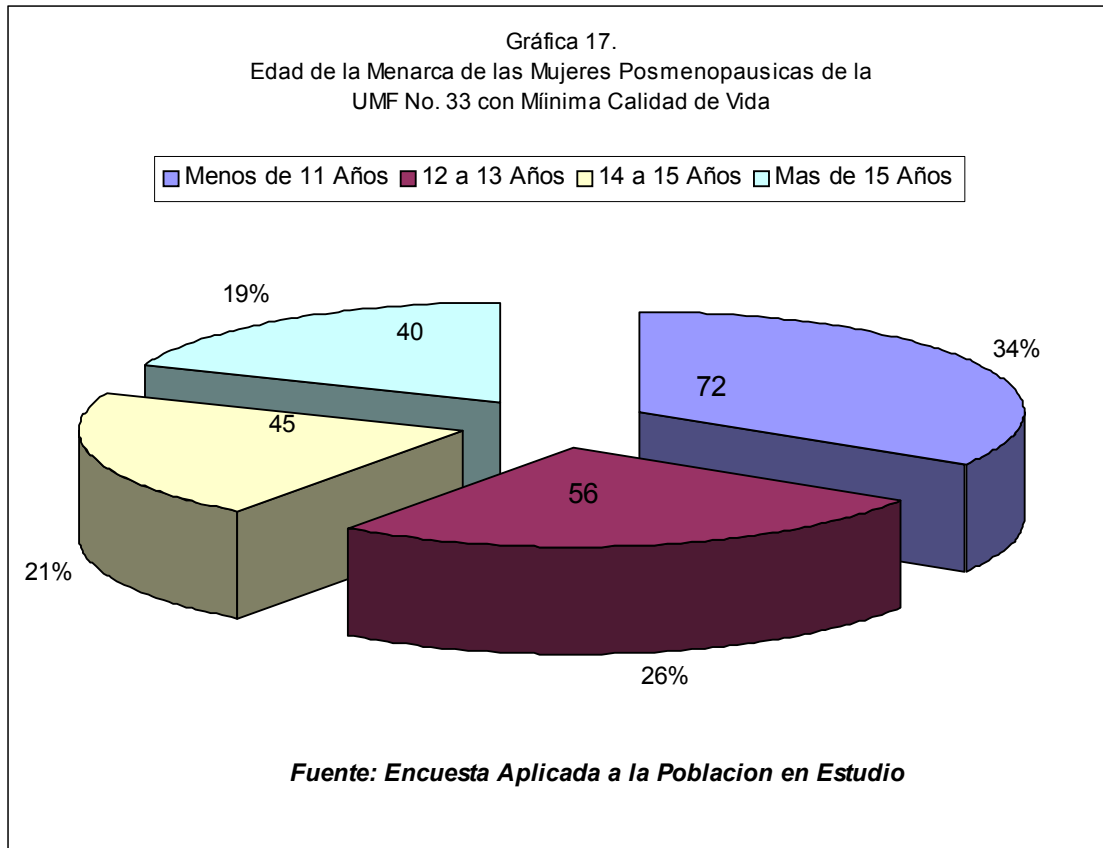


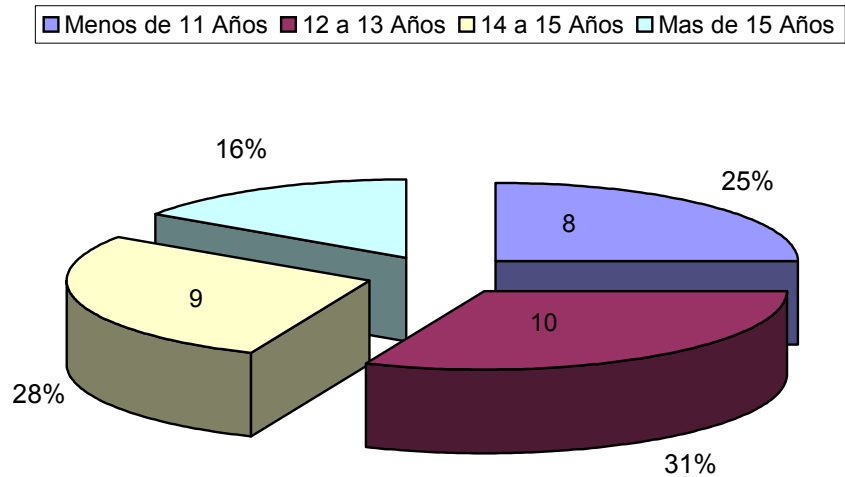
Tabla 18. EDAD DE LA MENARCA DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 32

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 11 Años	8	25%
12 a 13 Años	10	31%
14 a 15 Años	9	28%
Mas de 15 Años	5	16%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 18.
Edad de la Menarca de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Máxima Calidad de Vida



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 19. INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213		
EDAD	REFERENCIA	PORCENTAJE
Menos 15 Años	116	54%
15 a 18	48	23%
19 a 21	27	13%
Mas 21	22	10%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

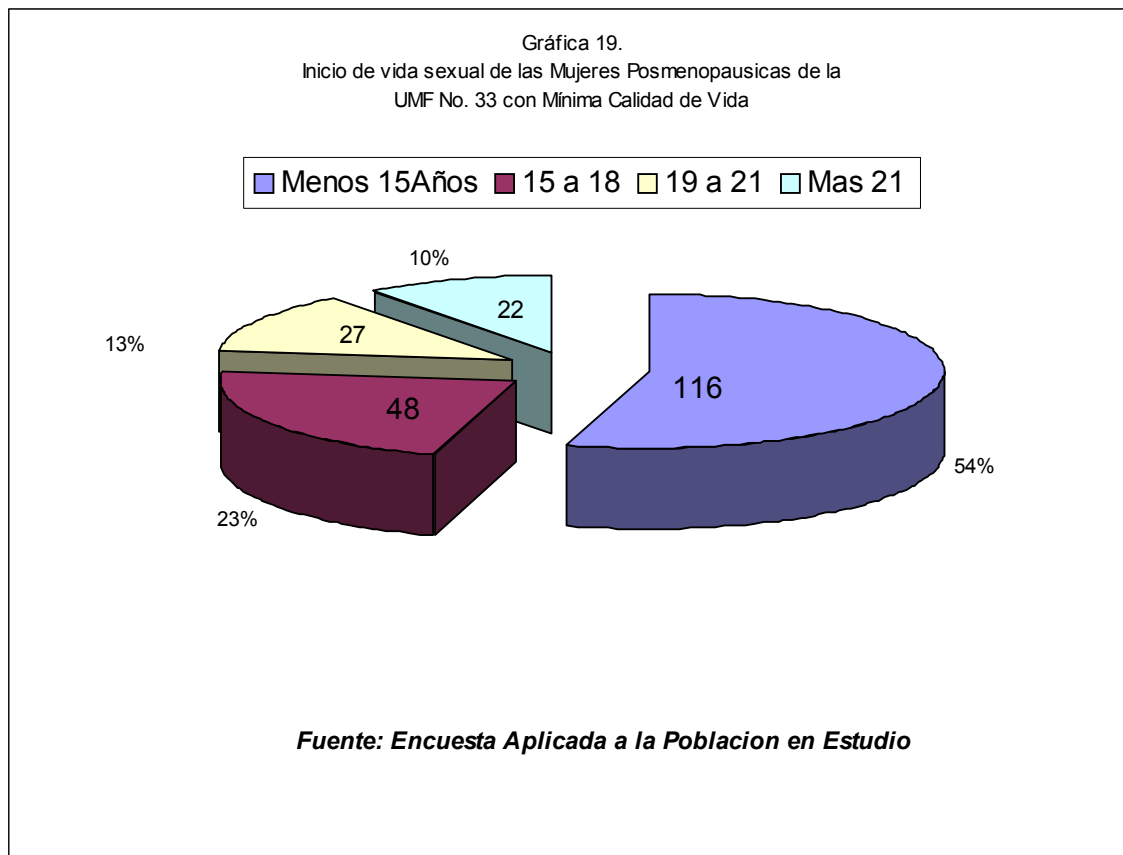


Tabla 20. INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 32

EDAD	REFERENCIA	PORCENTAJE
Menos 15Años	6	19%
15 a 18	9	28%
19 a 21	10	31%
Mas 21	7	22%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

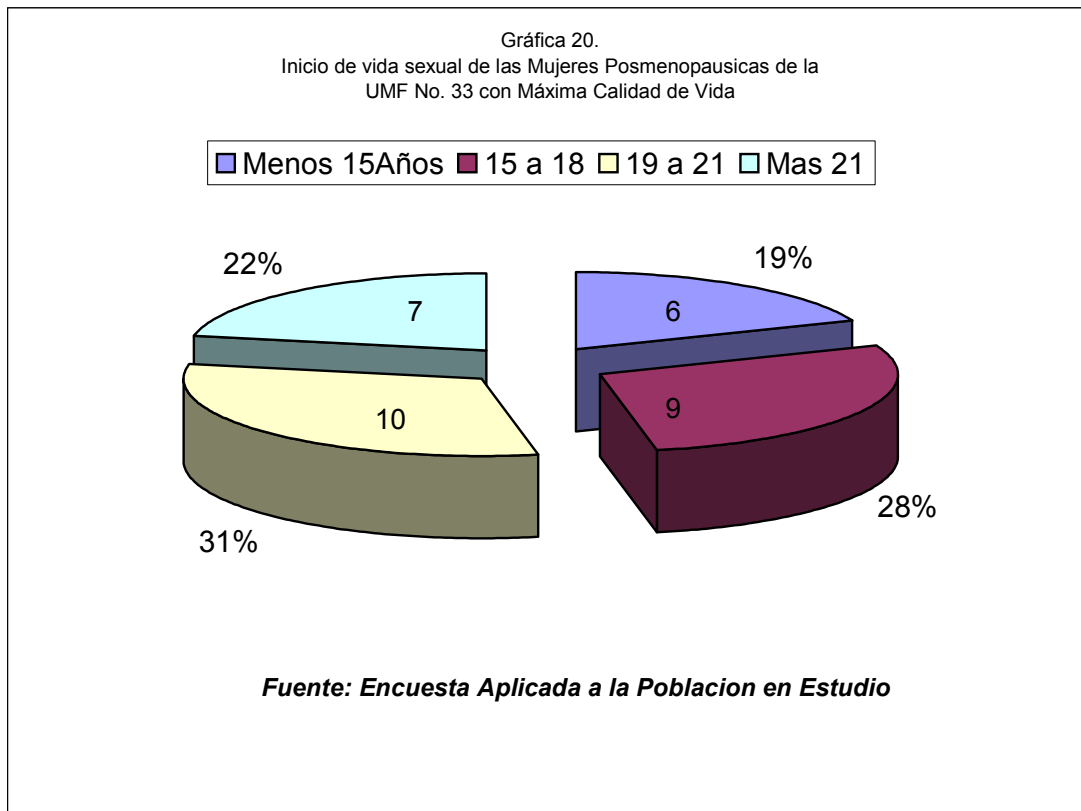
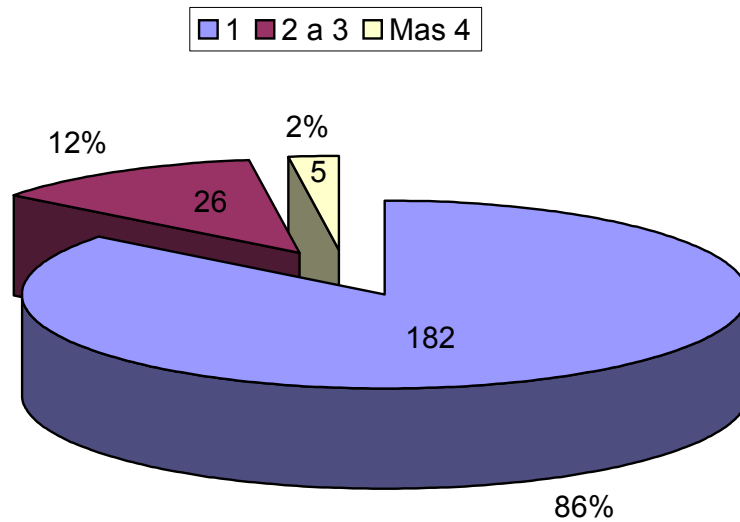


Tabla 21. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213		
No. DE PAREJAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	182	86%
2 a 3	26	12%
Mas 4	5	2%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 21.
Número de parejas sexuales de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Mínima Calidad de Vida



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

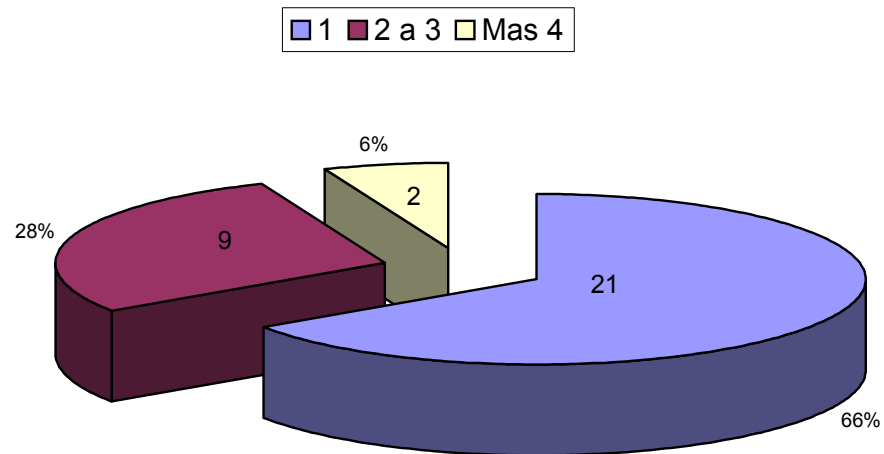
Tabla 22. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 32

No. DE PAREJAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	21	66%
2 a 3	9	28%
Mas 4	2	6%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 22.
Número de parejas sexuales de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Máxima Calidad de Vida



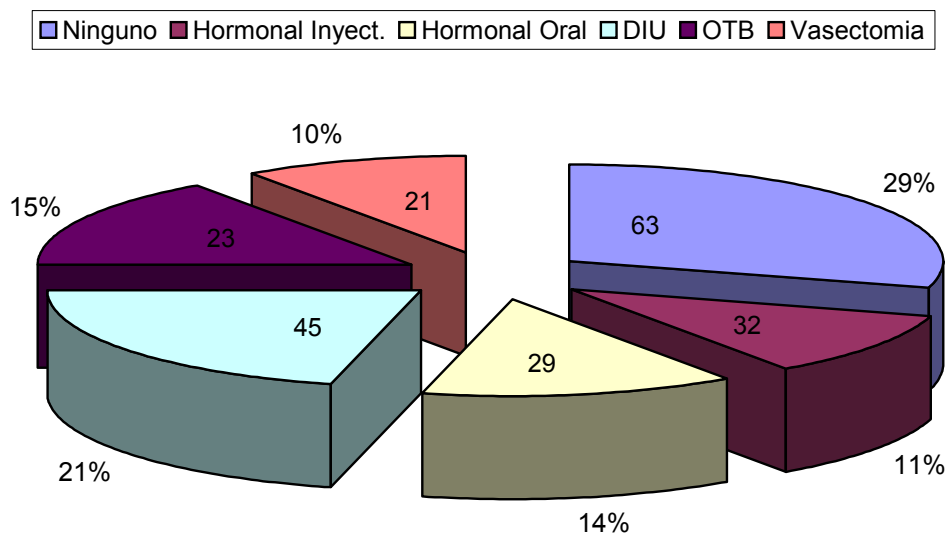
Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 23. MÉTODO DE PLANIFICACIÓN DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213		
METODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	63	29%
HORMONAL INYECTABLE	23	11%
HORMONAL ORAL	29	14%
DIU	45	21%
OTB	32	15%
VASECTOMIA	21	10%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 23.
Métodos de planificación de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Mínima Calidad de Vida



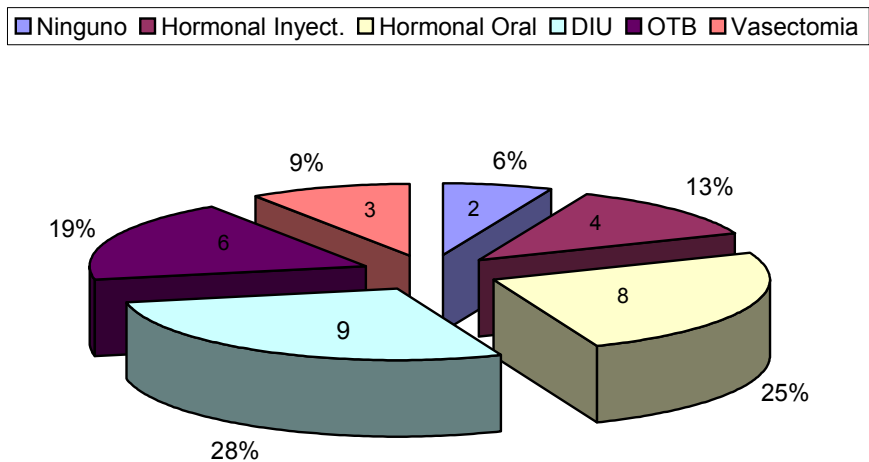
Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 24. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 32		
METODO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	2	6%
HORMONAL INYEC.	4	13%
HORMONAL ORAL	8	25%
DIU	9	23%
OTB	6	19%
VASECTOMIA	3	9%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 24.
Métodos de planificación de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Máxima Calidad de Vida



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS

Tabla 25. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33

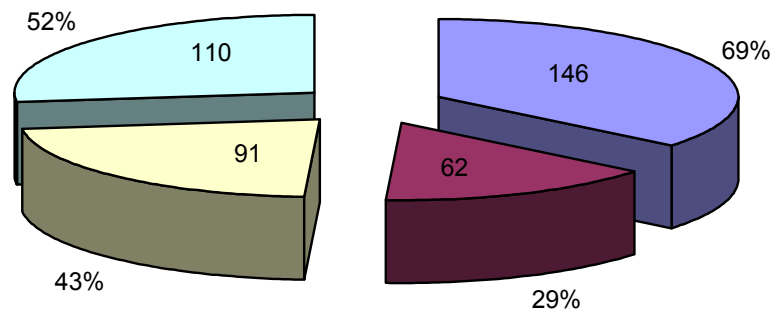
Población Total 245

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	146	69%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	62	29%
ENF. ARETICULARES	91	43%
DM e HAS	110	52%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 25.
Enfermedades Cronico Degenerativas de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33

■ DIABETES MELLITUS ■ HIPERTENSIÓN ARTERIAL ■ ENF. ARETICULARES ■ DM e HAS



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

Tabla 26. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÍNIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 213

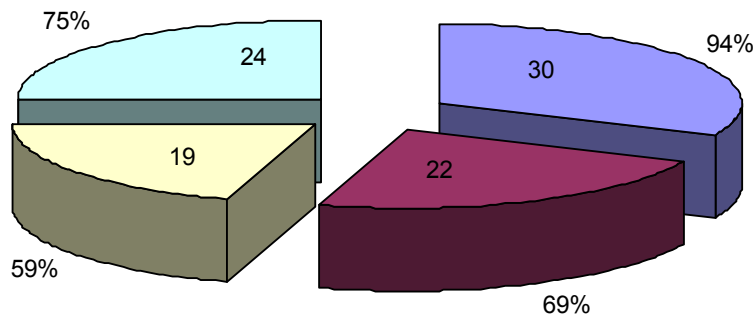
ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	30	93.7%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	22	68.7%
ENF. ARETICULARES	19	59.3%
DM e HAS	24	75%

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 26.

Enfermedades Cronico Degenerativas de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Mínima Calidad de Vida

■ DIABETES MELLITUS ■ HIPERTENSIÓN ARTERIAL ■ ENF. ARETICULARES ■ DM e HAS



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

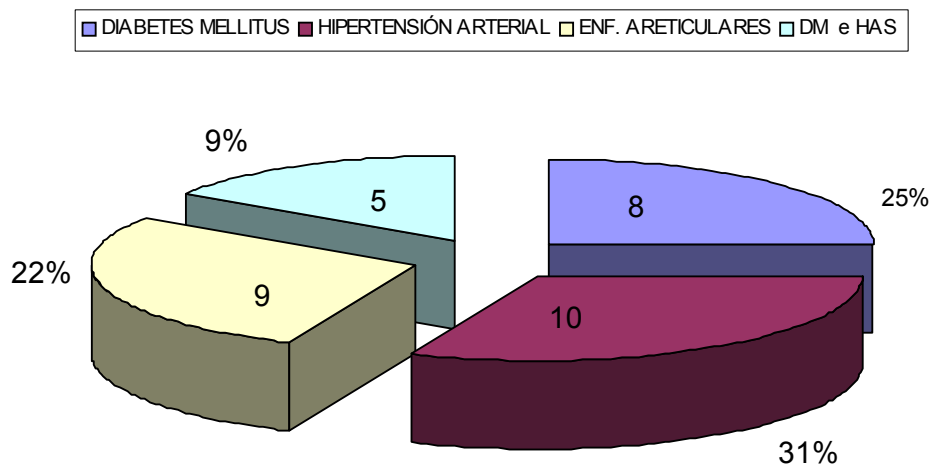
Tabla 27. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS DE LAS MUJERES POSMENOPAUSICAS DE LA UMF No 33 CON MÁXIMA CALIDAD DE VIDA

Población Total 32

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	8	25 %
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	10	31 %
ENF. ARETICULARES	7	22%
DM e HAS	4	12 %

Fuente: Encuesta aplicada a la población en Estudio

Gráfica 27.
Enfermedades Cronico Degenerativas de las Mujeres Posmenopausicas de la UMF No. 33 con Máxima Calidad de Vida



Fuente: Encuesta Aplicada a la Poblacion en Estudio

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Analizando los resultados del estudio: "Calidad de vida que presentan las mujeres posmenopáusicas de la UMF No 33 El Rosario" tenemos que se analizó una muestra representativa con un total de 245 encuestas realizadas, encontrándose que el 87% de la población estudiada presenta una mínima calidad de vida, mientras que solo el 13% de ellas presentaron una máxima calidad de vida, lo que se hace evidente en la literatura a nivel mundial en donde se reporta que *"...en las mujeres posmenopáusicas la calidad de vida empeora de forma creciente desde el inicio de la menopausia y más del 80% de ellas ven deteriorado su bienestar general afectándose de manera importante no solo su estado emocional o su relación de pareja sino también su vida familiar y social..."* (2,5).

Es indudable que aunque hay innumerables publicaciones relativas a síntomas climatéricos, existen pocos estudios que midan la influencia de éstos sobre la calidad de vida de la mujer.(16)

Evaluar la calidad de vida que presentan las mujeres posmenopáusicas ha cobrado gran interés hasta los últimos años dando origen a la elaboración de múltiples escalas de medición que permitan su evaluación. (7). Para valorar la calidad de vida en el climaterio se debe considerar los fenómenos que ocurren en el área física, psicológica, sexual, social y familiar de la mujer. (17)

Por lo antes mencionado es que en este estudio se consideró la Escala Cervantes como instrumento de medición de la calidad de vida de la población estudiada, ya que es capaz de valorar el impacto de su estado de salud en distintas áreas físicas y psicosociales y en especial, su repercusión en el bienestar general.(16,17).

La extensa información proporcionada en la literatura médica mundial de los últimos 20 años brinda evidencia creciente y sustento acerca de los efectos benéficos del uso de la terapéutica sustitutiva con estrógenos durante el climaterio y el periodo posmenopáusicos. La supresión del síndrome vasomotor, el efecto fisiológico favorable sobre el tracto urogenital, así como la reducción en los riesgos de osteoporosis y de enfermedad cardiovascular que se logran con la THR contribuyen a disminuir la morbi-mortalidad, elevan el bienestar general de la mujer y consecuentemente mejoran la calidad de vida en estas etapas de su existencia. (4),

En relación a lo antes mencionado en nuestro estudio se encontró que 27 de las 32 pacientes que presentaron una máxima calidad de vida, habían recibido THR en algún momento de su pre o posmenopausia y 12 de ellas seguían tomándolo; mientras que solo 42 de las 213 pacientes que presentaron una mínima calidad de vida lo habían recibido y menos de 12 continuaban con la terapia sustitutiva. La THR debería indicarse en todas las mujeres que presenten sintomatología climatérica tan pronto como esta haga su aparición y mantenerse por un lapso de 10 a 15 años con el fin de obtener tanto los beneficios derivados de la prevención de la osteoporosis como la protección cardiovascular. Sin embargo, la baja aceptabilidad que tendría la toma de un medicamento en pacientes asintomáticas en unión de su elevado costo hace poco conveniente recomendar su empleo generalizado. (1).

En general el 100% de la población encuestada presento sintomatología vasomotora en menor o mayor grado, lo que coincide con lo encontrado en la literatura médica en donde se documenta en diversos estudios a nivel mundial que alrededor del 85-90% de las mujeres con menopausia tienen síntomas vasomotores.(8, 11). En la literatura médica se consideran más de 27 síntomas característicos de esta etapa (2,10,15) y entre ellos los más frecuentes son los bochornos; tal como sucedió en las encuestas realizadas, donde el síntoma más característico y frecuente que se encontró fueron los bochornos. *“El síntoma más característico y frecuente del climaterio es un trastorno episódico que consiste en una súbita sensación de calor y sudoración referida como “bochorno”; la mayoría de las mujeres los presenta acompañado de palpitaciones.”* (2, 10). Y en donde alrededor del 70% además presentan cefalea, diaforesis, insomnio, parestias, parestesias, palpitaciones y disminución de la libido así como labilidad emocional (2, 5, 11, 21), lo que coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio.

En cuanto a las características sociodemográficas observamos lo siguiente:

El 45% de la población total, es decir 110 pacientes se ubican en el grupo de edad de 51 a 55 años, mientras que el 30% (73 pacientes) en el grupo de edad de 45 a 50 años y únicamente el 25% (62 pacientes) en el grupo de edad de 56 a 60 años; la gran mayoría de las pacientes que presentaron una mínima calidad de vida cayeron en el grupo de edad de entre 51 a 55 años, mientras que al parecer y de acuerdo a los resultados obtenidos la población que presento una máxima calidad de vida cayo en el grupo de mayor edad (56 a 60 años), lo que coincide con la literatura consultada ya que en ella se reporta que *“...aun cuando la menopausia suele presentarse ya sea antes o incluso después de los 45 años, los síntomas del síndrome climatérico como tal pueden estar presente aun mucho tiempo antes o incluso años después de la supresión del ciclo menstrual. (2,6,11); por lo tanto una vez que los síntomas han declinado, la calidad de vida suele mejorar tan solo por este hecho”*.

De acuerdo al método de Graffar que se utilizo para evaluar el nivel socioeconómico de la población en estudio, era de esperarse por lo referido en la literatura (3,6,10) en donde se reporta que mas de la mitad se encuentre presentando un nivel socioeconómico medio-bajo y obrero, incluso en poco más del 10% de la población general se encuentra un nivel marginal y en menos del 4% se encontró un nivel socioeconómico alto. Lo anterior va muy de la mano con la escolaridad y la ocupación que presenta la población del proyecto de investigación ya que de acuerdo a los resultados obtenidos casi el 40% de ellas contaban únicamente con estudios primarios, el 10% con estudios a nivel preparatoria y solo el 7% había referido estudios técnicos o universitarios; es importante mencionar además que poco mas del 20% no había cursado con estudio alguno y de ellas, aproximadamente la mitad era analfabeta; de igual manera casi el 40% de la población se dedicaba única y exclusivamente al hogar, mientras que alrededor del 30% eran obreras o empleadas, encontrando que el 20% eran ya jubiladas o pensionadas y tan solo el 2% refería un empleo profesional o docente, lo cual apoya todavía más lo que se encontró en la literatura consultada en donde se refiere que: *“...a pesar de los logros de los últimos años en cuanto a mejorar el nivel económico de la población en general, en México sigue habiendo un gran atraso no solo en cuanto a escolaridad promedio se refiere sino también y con mucho en cuanto a la distribución de la riqueza nacional... y no es raro encontrar en pleno siglo XXI aún comunidades marginadas y en extrema pobreza”*. (19,20).

En cuanto a las características gineco-obstétricas encontradas tenemos que la mayoría de la población general presento antes de los 11 años de edad su primer ciclo menstrual y un porcentaje mucho menor después de los 15 años; más de la mitad de ellas inició su vida sexual antes de los 15 años y apenas menos del 25% de la población general después de los 22 años, más del 80% refirieron solo una pareja sexual y únicamente menos del 10% dos o mas parejas sexuales; todo esto entendible desde el punto de vista idiosincrático de la población en estudio, ya que hasta hace algunos años los hábitos, costumbres, valores y principios no solo de México sino de toda Latinoamérica que suelen pasar de generación a generación incluían y era bien visto matrimonios a muy corta edad, el tener un gran número de

hijos y una sola pareja sexual, situación que en la actualidad es muy diferente llama la atención el que, en casi 30% de la población nunca utilizaron método de planificación familiar y en aquellas que optaron por alguno el más utilizado fue el DIU.

En cuanto a la edad de la menopausia se encontró datos muy parecidos a lo referido en la literatura consultada, la mayoría de las pacientes presentaron su menopausia entre los 49 y 51 años de edad (4,5), mientras que solo un bajo porcentaje la presentó posterior a los 55 años (5).

De las enfermedades asociadas, tenemos que la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica fueron las más frecuentes encontrándose en más del 80% en ambos casos, situación entendible ya que de acuerdo a lo reportado en la literatura estas dos entidades son las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes en la población mayor de 35 años (2,6); seguidas por Enfermedades Articulares (frecuentes también en la población femenina durante esta etapa de su vida).

CONCLUSIONES

Es indudable que evaluar la calidad de vida en cualquier ámbito no es tarea fácil, sino al contrario requiere de un trabajo en equipo y multidisciplinario, más aún cuando se trata de mujeres que se encuentran en un periodo fisiológico y normal de su vida, en donde suele ser difícil mantener un punto de vista objetivo y evaluar de manera imparcial toda la gama de signos y síntomas que suele presentar, para darnos una idea real acerca de la calidad de vida que están presentando, sobre todo cuando nos encontramos ante el hecho de que en la actualidad existen muy pocos instrumentos validados capaz de evaluar el impacto que tienen dichos signos y síntomas en el bienestar general de la mujer.

En el presente estudio nos percatamos, como era de suponer, que la mayoría de las mujeres encuestadas, más del 85%, presentaron una mínima calidad de vida de acuerdo a la Escala de Cervantes. En la gran mayoría de estas mujeres encontramos además la presencia de enfermedades crónico degenerativas tales como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial sistémica y las enfermedades articulares.

Así mismo las mujeres con una mínima calidad de vida fueron aquellas que presentaron además una nula o baja escolaridad en comparación con aquellas que presentaron una máxima calidad de vida quienes reportaron una mayor escolaridad e incluso fueron quienes se encontraban todavía laborando, lo cual quiere decir que mientras la mujer tenga mejor preparación y se mantenga útil y con una actividad constante la presencia de la sintomatología climatérica puede ser menor o bien puede no estar afectando tan severamente su calidad de vida, en comparación con aquellas que se mantenían únicamente en su hogar o que no contaban con alguna preparación educativa.

La gran mayoría de las mujeres presentaron su menopausia entre los 49 y los 51 años, siendo menor el porcentaje de las que la presentaron después de los 55 años.

De todas aquellas mujeres que refirieron una máxima calidad, todas recibieron THR en algún momento de su pre o posmenopausia, mientras que de todas aquellas con una mínima calidad de vida, muy pocas lo habían recibido e incluso hubo pacientes que no sabían, ni habían oído mencionar dicha terapia.

Llama la atención que todas las mujeres encuestadas acudían en ese momento a la unidad de medicina familiar por algún otro problema de salud, y ninguna de ellas por la presencia de sintomatología posmenopáusica.

En épocas donde los cambios se aceleran a nuestro alrededor, aunque nuestras percepciones sobre estos cambios se vayan quedando atrás, resulta de crucial importancia tener una visión del futuro.

Los servicios médicos del primer nivel de atención del IMSS registraron una demanda baja de consulta por trastornos relacionados con el climaterio y la menopausia; tal fenómeno probablemente tenga un doble origen: por una parte, la insuficiente información de la población acerca de la importancia de las complicaciones a largo plazo del cese de la función ovárica; por la otra el conocimiento limitado del personal médico con respecto a estos mismos aspectos así como sobre los beneficios y contraindicaciones de la THR. Por ello se hace necesario difundir

los criterios actualmente más utilizados en la literatura médica con respecto a definiciones, manifestaciones clínicas, bases fisiológicas y fisiopatológicas, complicaciones, diagnóstico y esquemas de tratamiento por vía oral de los trastornos pre y postmenopáusicos y sus consecuencias con la finalidad de contribuir a facilitar la identificación y manejo de estos problemas de salud de la mujer en el ámbito de la medicina familiar del IMSS.

Debe tenerse presente que en la organización de los servicios médicos del IMSS, el médico familiar representa habitualmente el personal profesional de primer contacto, para la mayoría de los casos de demanda de atención por sintomatología relacionada con los trastornos del climaterio y la menopausia. Adicionalmente el modelo institucional de atención a la salud establece la necesidad de privilegiar las acciones médicas preventivas y anticipatorias por encima de las asistenciales, como una estrategia fundamental para mejorar los niveles generales de bienestar y de salud de la población derechohabiente. Dentro de los objetivos de la atención: Informar y educar a la mujer que se encuentra en el periodo climatérico con respecto a los síntomas, signos y cambios propios de esta etapa fisiológica de la vida tendientes a promover la adopción de actitudes y conductas favorables para la prevención de complicaciones. Aliviar o suprimir los síntomas relacionados con la deficiencia estrogénica y prevenir las complicaciones a largo plazo de esta última, a través de medidas higiénicas, dietéticas y farmacológicas.

A toda mujer con molestias pre y postmenopáusicas se le debe dar una explicación completa de los cambios funcionales por los que está pasando, con el fin de reducir o disipar temores infundados con respecto a esta etapa fisiológica de la vida y disminuir la ansiedad, la depresión y el impacto emocional de los síntomas correspondientes. La tranquilización específica con respecto a las posibilidades de continuación de sus actividades normales y su estilo habitual de vida es de gran importancia, ya que debe tenerse presente que en algunos estratos socioeconómicos la menopausia se asocia con envejecimiento prematuro, aparición de enfermedades, reducción de la capacidad físicas y mental y pérdida de la libido. Es también conveniente informar con detenimiento a la mujer acerca de que existen recursos para el tratamiento médico que suprimirán rápidamente la mayoría de sus síntomas, que evitarán la aparición de complicaciones y que su utilización no representa interferencia alguna con el proceso fisiológico normal de la menopausia.

Los datos epidemiológicos disponibles sugieren fuertemente una mejoría sustancial en la calidad de vida de la mujer posmenopáusica que usa terapia hormonal de reemplazo, lo cual obedece a una franca reducción en la frecuencia e intensidad de los síntomas vasomotores y de los problemas urogenitales así como a una disminución a la mitad de l riesgo de muerte por cardiopatía coronaria y de la presentación de fracturas osteoporóticas.

La menopausia es una señal para el futuro, tiene un propósito útil de reunir a los médicos y las pacientes, permite la oportunidad de promover en las pacientes los programas preventivos de cuidados de la salud. Contraria a la opinión popular, la menopausia no es una señal de decadencia si no un fenómeno que señala el principio de algo positivo, en lugar de ser para el médico una luz en el camino de problemas, puede ser una señal para el futuro e iniciar un buen programa de salud. Es importante que los médicos no sólo estén familiarizados con los hechos relacionados a la menopausia, además de tener una actitud apropiada a este periodo de la vida, así la intervención médica con este punto de vista debe ser reforzar un programa preventivo de cuidados de la salud: este incluye planeación familiar, dejar de fumar, control de peso, iniciar ejercicios rutinarios, evitar el consumo de alcohol; previniendo en forma oportuna los accidentes vasculares cerebrales, enfermedad isquémica coronaria, osteoporosis, demencia senil, neoplasias y atrofia urogenital y manteniendo condiciones físicas mentales y sexuales adecuadas.

El climaterio es un periodo de transición que pone termino a la capacidad reproductiva de la mujer y tiene profundas implicaciones para la salud de la población femenina a mediano y largo plazo. Las manifestaciones clínicas producto de los cambios hormonales y de las percepciones del entorno sociocultural que rodea la aparición del climaterio, dan lugar a una elevada demanda de atención médica. A mas largo plazo, los cambios en el perfil de morbilidad de esta población constituyen un reto para los planificadores y prestadores de servicios de salud dado el carácter de cronicidad que adquieren los padecimientos en particular los relacionados con el metabolismo óseo, la hipertensión arterial y el cáncer ginecológico. La atención primaria constituye el primer y en ocasiones único contacto con la mujer menopausica.

El ideal de la medicina, la prevención, encuentra en el proceso del climaterio, el envejecimiento y la senectud el campo más fértil para ejercerla. México es un país cuya población esta en proceso de envejecimiento ya que actualmente existen once adultos mayores por cada 100 personas económicamente activas, en los próximos años la relación aumentara a 24 y 45 por cada 100. Esto obliga desde este momento a tomar medidas tendientes a la educación de la población y de las autoridades políticas y médicas para estar preparados para este problema de salud pública.

*...En la vida sólo hay tres
momentos importantes: nacer,
vivir y morir. No nos damos
cuenta de que nacemos,
nos espanta la muerte
y se nos olvida vivir...*

BIBLIOGRAFÍA

1. Studd J. El Manejo de la Menopausia: Revisión del Milenio. Ed. Atlas Medical Publishing. España. Págs. 3 – 19. 2003.
2. Vitelio V, Navarrete Vitelio S, Madrazo N. Atención del Climaterio y Prevención de las Complicaciones de la Menopausia en Medicina Familiar. Rev Med IMSS 1998; 36 (6): 463 – 476.
3. INFORME ANUAL. Censo de Población adscrita a Medico Familiar de la UMF No. 33 “El Rosario”.
4. Vitelio V, Pozos C, Navarrete H. Terapia Hormonal de Reemplazo durante el Climaterio y Posmenopausia. Controversias respecto a su uso. Rev Med IMSS 2000; 38 (4): 301 – 308.
5. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la Calidad de Vida. Salud Pública Méx. 2002; . 44: 349 – 361.
6. Septien González J. Climaterio: Estudio, Diagnostico y Tratamiento. Capítulos I, II, IV, XXXV, LIV, LV y LVI. 1ª ed. ED. Interamericana. México 2002. 480 Pág.
7. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones Metodologicas para Evaluar la Calidad de Vida. Salud Publica Méx. 2002; 44: 448 – 463.
8. Souza y Machorro M. Comorbilidad psicoorgánica del Climaterio: el reconocimiento de la negación. Ginecología y Obstetricia de México. 2002. 70: 118 -129.
9. Vázquez-Benítez E, Garrido-Latorre F, MacGregor C, et al. Reproducibilidad de un Cuestionario para el estudio del Climaterio. Salud Publica Méx. 1998; 38: 363 – 370.
10. Pérez PG. Menopausia: Un nuevo inicio. Secretaria de Salud 2000; 11 – 59 Págs.
11. Atención Medica Integral. “Climaterio y Menopausia”. 1998. Jhernandezb atmim.com.
12. Chávez-Ayala R, Andrade-Palos P, Rivera-Rivera L. Validación de un Cuestionario Para la Medición de las Creencias sobre el Climaterio. Salud Pública Méx. 2002; 44: 385 391.
13. Síntomas Climatéricos y la Terapia Hormonal Sustitutiva. Metas Num. 54. Abril. 2003
14. Enciclopedia libre Universal en Español. “Calidad de Vida”.

15. Diario Médico. Ginecología y Obstetricia. "Los síntomas del Climaterio alteran el Bienestar en el 85% de los casos" Mayo 06, 2004.
16. Valdivia Berntein, I. Boletín de la Sociedad Chilena. Julio 2004. "Calidad de Vida y Terapia Hormonal en la Menopausia" Pág. 4 – 11.
17. Revista Valenciana de Medicina de Familia # 15. "Actualización en Menopausia"
18. Palacios, S. et al. " Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la peri-menopausia y posmenopausia: Desarrollo y validación de la Escala Cervantes". Med Clin (Barc) 2004; 122 (6): 205-211.
19. Huerta González J.L. Medicina Familiar. El estudio de la salud familiar. México. ED. Alfil. 2005. Pág. 32-57
20. S. Carranza Lira. Atención Integral Del Climaterio: Nuevas tendencias en el climaterio. México. ED. McGraw-Hill Interamericana 1998. Pág. 27-62.

ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION CLINICA DELEGACIONAL DE INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”
CALIDAD DE VIDA EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS**

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y GINECO-OBSTETRICOS.

Instrucciones: En las preguntas abiertas sobre la línea coloca con letra de molde la respuesta; en las preguntas de opción múltiple, coloca una “X” dentro del paréntesis de la respuesta que consideres más adecuada a tu situación.

1. *Edad* (años cumplidos): _____

2. *Lugar de nacimiento*: _____

3. *Domicilio actual*: _____

4. *Escolaridad*:

Ninguna ()	Analfabeta, no sabe leer ni escribir ()
Primaria completa ()	Primaria incompleta ()
Secundaria completa ()	Secundaria incompleta ()
Preparatoria completa ()	Preparatoria incompleta ()
Carrera técnica ()	Licenciatura ()
	Otros ()

5. *Ocupación*:

Hogar ()	Obrera/Empleada ()	Docencia ()
Técnico ()	Licenciatura ()	Otro ()

6. *Nivel socioeconómico*:

Profesión del jefe de familia:

1. Universitario, gran comerciante, ejecutivo.
2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. Obrero especializado: taxistas, etc.
5. Obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

Nivel de instrucción de la madre:

1. Universitaria o su equivalente
2. Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
3. Secundaria incompleta o técnico inferior
4. Educación primaria incompleta.
5. Primaria incompleta, analfabeta.

Principal fuente de ingresos:

1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente.
2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales
3. Sueldo quincenal o mensual.
4. Salario diario o semanal.
5. Ingresos de origen público o privado.

Condiciones de la vivienda:

1. Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. Espacios reducidos, pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. Improvista, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

7. Enfermedades crónico degenerativas ya diagnosticadas:

DM () HAS () AR () Obesidad () Osteoporosis () Otra ()

8. Antecedentes gineco obstétricos:

Edad de inicio de la menstruación _____

¿Cada cuanto menstrua? _____

¿Cuántos días dura la menstruación? _____

Número de embarazos, partos, cesáreas y abortos:

E: _____ P: _____ C: _____ A: _____

Método de Planificación Familiar empleado y por cuánto tiempo:

Ritmo: _____ Hormonal tomado: _____

Hormonal inyectado: _____ Hormonal en parche: _____

DIU: _____ OTB: _____ Vasectomía: _____

Otro: _____

Edad de inicio de la vida sexual activa: _____ No. de parejas: _____

Edad de término de la menstruación (menopausia): _____

Uso de terapia hormonal: SI NO Por cuanto tiempo?

ESCALA CERVANTES DE CALIDAD DE VIDA.

Instrucciones: Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación

Comprobará que al lado del 0 y el 5 aparecen unas palabras que representan las dos formas opuestas de responder a la pregunta. Además, entre el 0 y el 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responda a las preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si esta totalmente de acuerdo marque el 5 y si esta totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no esta totalmente de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias.

No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad.

Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1.Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más y mas	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	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
4.Mi interés por el sexo se mantiene como siempre	Mucho Menos	0	1	2	3	4	5	Igual o mas
5. No consigo dormir las hrs. necesarias.	Nunca Me Ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
6.Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	No es cierto	0	1	2	3	4	5	Cierto
7.Noto hormigueos en las manos y/o los pies	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Insoportable
8.Me considero feliz en mi relación de pareja	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
9.De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
10.He perdido la capacidad de relajarme	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Completamente
11.Aunque duermo, no consigo descansar	Nunca Me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
12.Noto como si las cosas me dieran vueltas	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
13.Mi papel como esposa o pareja es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Muy importante
14.Creo que retengo liquido, porque estoy hinchada	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Si, mucho mas
15.Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
16.Noto que los músculos o las articulaciones me dueles	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Dolor insoportable
17.Creo que los demás estarían mejor sin mi	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Cierto
18.Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Mucho
19.Desde que me levanto me encuentro cansada	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
20.Tengo tan buena salud como cualquier persona de mi edad	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Igual o mejor
21.Tengo la sensación de que no sirvo para nada	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
22.tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
23.Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
24.A veces pienso que no me importaría estar muerta	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
25.Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	En absoluto	0	1	2	3	4	5	Constantemente
26.En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
27.Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca	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 mas sequedad de piel	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Sí, mucho más

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA

DIA MES AÑO

YO _____, DE FORMA VOLUNTARIA AUTORIZO MI PARTICIPACIÓN Y EL USO DE LA INFORMACIÓN OTORGADA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CON MOTIVOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: "CALIDAD DE VIDA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS ADSCRITAS A LA UMF No. 33 EL ROSARIO" MEDIANTE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA, ASÍ COMO PARA ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y GINECOOBSTETRICOS; CON EL ENTENDIMIENTO DE QUE LOS DATOS OTORGADOS SERAN MANEJADOS DE FORMA PARTICULAR Y MANTENIENDO SIEMPRE EL SECRETO DE IDENTIDAD, PUDIENDO RETIRARME DEL PROYECTO EN EL MOMENTO QUE YO LO DECIDIESE.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

**DRA. MARISOL QUINTERO HURTADO
MEDICO RESIDENTE DEL 3er AÑO
DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**