



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**SEDE**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79  
PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA**

**TITULO DEL TRABAJO**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DE LA MUJER  
CON SÍNDROME CLIMATERICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NUMERO 79 DE PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA**

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

**PRESENTA:**

**DR. JUAN DAVID MARTINEZ CASTRO**

**SEDE**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79  
2008**

**AÑO**

**2005-**



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.

**TITULO**

**COHESION Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DE LA MUJER CON  
SÍNDROME CLIMATERICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NUMERO 79 DE PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA**

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

**PRESENTA:**

**DR. JUAN DAVID MARTINEZ CASTRO**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM**

**TÍTULO**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DE LA MUJER CON  
SÍNDROME CLIMATERICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NUMERO N° 79 DE PIEDRAS NEGRAS, COAHUILA**

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

**PRESENTA:**

**DR. JUAN DAVID MARTINEZ CASTRO**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS**

**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR  
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS**

**DR. GUILLERMO SALINAS CUELLAR  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. MARIA DEL SOCORRO LOPEZ SILLER.  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

## **DEDICATORIA:**

Con todo mi amor para:

Mi Esposa Juliana Martínez Zavala quien con su esperanza y apoyo, me permitió superar y disfrutar a su lado esta nueva etapa.

A mis hijos que avivaron la llama de mi vida para superar los obstáculos:

David Alejandro

Dariela Aitza

Damarith Adriana

A mis padres quienes quisieron forjar las bases necesarias para estos retos:

David Martínez Rodríguez

Rosa A. Castro de Martínez

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis compañeros médicos, especialistas. Por su apoyo incondicional, paciencia, tiempo y comprensión durante los tres años que cursamos nuestra especialidad, a todos ellos gracias.

Especialmente para el Dr. Guillermo Salinas Cuéllar quien con su gran firmeza y decisión nos guió para el feliz termino de esta especialidad.

Gracias a la Universidad Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social por la oportunidad de habernos permitido realizar esta especialidad

## ÍNDICE

1.- Marco Teórico.....	7
2.- Modelo FACES III de OLSON.....	36
3.- Planteamiento del Problema.....	42
4.- Justificación.....	44
5.- Objetivos.....	46
6.- Tipo de Estudio.....	47
7.- Población, Lugar y Tiempo de Estudio.....	48
8.- Tipo y Tamaño de la muestra.....	48
9.- Características de los Casos.....	49
10.- Criterio de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	49
11.- Variables a recolectar.....	50
12.- Procedimiento para recabar Información.....	51
13.- Consideraciones éticas.....	52
14.- Resultados.....	53
15.- Discusión.....	55
16.- Conclusiones.....	60
17.- Bibliografía.....	61
18.- Anexos.....	63

## MARCO TEORICO

Muy pocas referencias se encuentran en la historia de la medicina en relación con el cese definitivo de la menstruación, así como la sintomatología y signología de este cambio.

Aristóteles en el libro de enfermedades de la mujer señala: con las menstruaciones ligeras el dolor va dentro de los brazos, piernas y espalda. La mujer puede tener dolor alrededor del cuello, en la espina y en la región lumbar. El dolor no es localizado en el mismo lugar, pero ahora ahí se encuentra. Los síntomas se presentan especialmente en la mujer que no está casada. (1)

Celsus escribió: Los trastornos de las articulaciones de las manos y los pies son durables y se observan frecuentemente. En eunucos y en mujeres en las que se suprimieron las menstruaciones, sólo raras veces lo sufren.

Sorano (A. D. 98-138) que llegó a Roma procedente de Efeso, quien fué un médico muy popular y con reconocida autoridad en la segunda centuria A.D., describió en su prestigiado texto sobre obstetricia y enfermedades de la mujer *De morbis mulierum*, dos condiciones relacionadas con la menopausia. Primero: El útero puede removerse sin provocar la muerte.

Segundo: La falta de la menstruación, a lo que no está acostumbrada la mujer, aunque no ocurra en forma súbita, puede originar algo similar a una enfermedad no familiar.

Accio de Amida afirma que la menstruación empieza a los 14 años y termina a los 40 ó más tarde. (1)

Después, desafortunadamente, durante unos 1300 años se tuvo muy pobre interés en los problemas ginecológicos en general. La primera referencia acerca de los problemas menopáusicos fue probablemente de Willis en 1683, refiriéndose a ellos como convulsiones del estómago. En el año de 1712, Laurence Heister describió los síntomas de Dowager Lady Rieden, en Kornburg, Alemania, quien tenía aproximadamente 40 años con menstruaciones irregulares y se acompañaban de gran calor, enrojecimiento facial y también fuerte sudoración.



Posteriormente autores franceses e ingleses se refirieron y describieron a los bochornos. Fue el médico francés Chauffe, quien les aplicó el nombre de "bouffees de chaleur" (soplos o bufidos de calor), término que aún perdura en Francia para designar a los bochornos. (1)

A mediados del siglo XIX, se expusieron numerosas recomendaciones en relación con los bochornos, principalmente dirigidas a evitar reuniones muy concurridas y en salones calientes. Fue Tilt (1858) quien demostró su existencia en el 50% de un grupo de 500 mujeres y también encontró que éstas generaban más calor y procuraban tener abiertas las puertas y ventanas. Opiniones de médicos y también de otros no profesionales reconocieron que los bochornos son complicaciones específicas de la postmenopausia y semejantes a rubores de damas caprichosas que se presentan con las reacciones emocionales y el estrés.

El neurólogo francés J.M. Charcot (1889) mostró en sus trabajos la conexión entre la poliartritis por un lado y la menopausia, embarazo, parto y lactancia por el otro lado.

R.F. Fox en 1895 fue el primero en usar el término de artritis menopáusica y F. Pineles en 1908 señaló que la falta del ambiente hormonal que existe en la menopausia es causa de los nódulos de Heberden-Rosenback descritos por Heberden en 1902.

Después de estos precursores, se han publicado numerosos trabajos sobre la menopausia, integrándolos al progreso de las ciencias médicas, lográndose con ello acumular conocimientos que nos permiten abordar los diferentes procesos y cambios que se realizan en el último tercio de la vida femenina con mejor posibilidad de ayuda, con bases firmes y seguras, para este grupo cada vez más numeroso y significativo. (1)

Las mujeres de las últimas generaciones son diferentes a las de hace un poco más de 50 años. Su nivel físico y psicológico es más alto como consecuencia de mejores estrategias de educación y salud, mecanismos diversos de defensa, ejercicio adecuado, disciplina sobre consumo de alcohol, eliminación del tabaquismo, dietas apropiadas impidiendo la obesidad, junto con la tranquilidad ambiental y la propia determinación para vivir. Han logrado maximizar su potencial de salud,

alcanzando mejor calidad de vida en sus últimos años hasta poco antes de su muerte.

Las niñas que nacen en estos días esperan alcanzar como promedio de vida 76 años. La mujer que al presente ha llegado a los 65 años puede aspirar a 18 más.

Actualmente, un tercio de la población femenina de las sociedades occidentales es postmenopáusica y otro 10% tiene de 45 - 55 años, estando bajo la perspectiva perimenopáusica.

(1)

## **DEFINICIONES**

### **Climaterio**

-Climaterio proviene del griego *climater* (peldaños o escalones de escalera) y connota una transición gradual con cambios psicológicos y biológicos.

-El término climaterio se refiere al intervalo de tiempo durante el cual disminuye el potencial reproductivo, con manifestaciones clínicas, marcando la transición en el periodo reproductivo de la vida.

-El climaterio es un proceso de senescencia gonadal singular en la mujer.

-El término de climaterio se utiliza para referirse a los cambios biológicos y psicológicos asociados con la menopausia, si se define a esta como un evento puramente hormonal. (1)

El climaterio comprende tres décadas: de los 35 a 45 años es el climaterio temprano, de los 46 a los 55 años abarca la pre y la postmenopausia y de los 56 a los 65 es el climaterio tardío.

Según Morris Notelovich, el climaterio principia a los 35 años y termina 30 años después. Basa esta aseveración en que algunos hechos biológicos se alcanzan a los 35 años, como por ejemplo la madurez de la masa ósea y es entre los primeros y medianos años de los sesentas en que se aprecian las consecuencias de la deficiencia del hueso manifestadas por la presentación clínica de fracturas de las vértebras. Señala también que la edad de 65 años marca la línea divisoria entre la edad media y la vejez. (1)

### **Perimenopausia**

La perimenopausia es el periodo que comprende unos cuantos años antes y después de la menopausia, pudiendo presentarse

en ella anormalidades menstruales, síntomas vasomotores y atrofia genital.

### **Premenopausia**

Comprende los años anteriores y próximos a la menopausia. La premenopausia puede tener el carácter de precoz (10-5) o de tardía (5-1).

### **Postmenopausia**

La postmenopausia abarca los años posteriores y cercanos a la fecha en que definitivamente cesan las menstruaciones.

La postmenopausia temprana abarca de cero a cuatro años después de la menopausia y la tardía es de cinco años en adelante. (1)

### **Menopausia**

El término menopausia se aplica al último periodo menstrual, el cual ocurre usualmente después de algunos años de iniciado el climaterio.

La menopausia es consecuencia de la terminación de la ovulación y de la pérdida de la producción estrogénica.

La verdadera menopausia se alcanza cuando ya no existe ninguna respuesta de los últimos y restantes folículos a los estímulos críticos gonadotrópicos dejando de producir estradiol y desarrollo endometrial.

Se considera como menopausia la fecha en que se presenta la última menstruación y éstas no ocurren en los doce meses posteriores. (1)

Menopausia se define como el episodio final del sangrado menstrual en la mujer. (2)

### **EDAD DE LA MENOPAUSIA**

La edad de la aparición de la menopausia varía entre las diferentes culturas.

La edad promedio en que se sitúa la menopausia es entre los 39 y 51 años, siendo más precoz en general en indígenas, negros y asiáticos.

En México se presenta como promedio entre los 47 y 52 años; esta variación depende de factores hereditarios, sociales, culturales y económicos. (3)

La edad de la menarquía no está asociada con la edad de la menopausia.

De 6 al 8% experimenta la menopausia antes de los 40 años por falla ovárica prematura espontánea o postquirúrgica.

Solamente 10% de las mujeres presentan un cese brusco de las menstruaciones sin irregularidades previas.

El no contraer matrimonio, una clase social baja, la nuliparidad y el no usar anticonceptivos, se asocian a una menopausia precoz.

El tabaquismo origina adelantos de uno a dos años en la fecha de la menopausia. A mayor número de cigarrillos, es más temprana la menopausia.

La influencia del peso es variable en relación a la presentación de la menopausia. La grasa corporal influye sobre los niveles estrogénicos incrementando la conversión periférica de androstendiona a estrona y también aumentando los estrógenos libres. De lo anterior resulta un incremento en la proporción de estradiol, el cual se encuentra en forma libre. La mujer obesa muestra niveles altos de estrona en el suero así como también de estradiol libre. (3)

Factores genéticos, ambientales, físicos y culturales intervienen en la iniciación de la menopausia. La cultura y la subcultura tienen especial impacto en la variación de la edad en que se presenta la menopausia.

Existe evidencia de que las mujeres mal nutridas experimentan la menopausia más tempranamente.

Las mujeres delgadas, contrariamente a las obesas, presentan menopausias tempranas. Este fenómeno también se observa en las de baja estatura y de frágil estructura.

La transición perimenopáusica es aproximadamente de cuatro años de duración para la mayoría de las mujeres.

Los ovarios residuales posteriores a las histerectomías, también presentan prematuramente deficiencia en sus funciones por tener comprometida su circulación.

Conociendo que las mujeres de diferentes países no presentan la misma y exacta sintomatología, es lógico que la aparición de la menopausia sea desigual dependiendo de numerosos factores que inciden con esta fecha. (3)

### **CAMBIOS HORMONALES.**

Los cambios en la producción y el metabolismo de las hormonas ocurren de manera gradual durante la transición menopáusica. Después de casi cuatro decenios de producción cíclica de estrógenos y progesterona por los ovarios, estos

órganos disminuyen su producción y por último interrumpen toda actividad cíclica. (4)

Durante la transición menopáusica, los folículos ováricos se vuelven cada vez más resistentes a la estimulación de la FSH, en tanto que las concentraciones de estradiol se conservan relativamente constantes. En las mujeres promedio menores de 30 años de edad, se pueden lograr concentraciones de estradiol que pasan de 1000 pg/ml mediante estimulación de 225 UI de FSH al día. En contraste la mayoría de las mujeres mayores de 40 años de edad rara vez alcanzan concentraciones de estradiol de esta magnitud, a pesar de la estimulación hasta con tres veces la cantidad de FSH mencionada. Este grado de resistencia ovárica a la estimulación puede explicar los bochornos que experimentan algunas mujeres, a pesar de lo que parecen valores normales de estradiol. Ello sugiere que los bochornos pueden deberse a liberaciones de gonadotropina relacionadas con las concentraciones bajas de estradiol o cifras bajas de otras hormonas ováricas como la inhibina. (4)

Durante la transición menopáusica, la ovulación se vuelve menos frecuente con un decremento en la producción global de progesterona. En algunas de ellas sigue habiendo ovulación, pero las concentraciones luteínicas de progesterona son menores que en las mujeres adultas.

Aún cuando la cantidad de estrógenos secretados por los ovarios después de la menopausia es insignificante, todas las mujeres siguen teniendo concentraciones perceptibles de estradiol y estrona circulantes durante sus vidas. Antes de la menopausia, las concentraciones de estradiol varían entre 50 y 300 pg/ml. Sin embargo incluso con el cese de la función ovárica, la concentración de estradiol es tan alta como 100 pg/ml. La respuesta a esa aparente paradoja yace en la capacidad del tejido periférico de aromatizar andrógenos suprarrenales y ováricos.

La disminución de la progesterona afecta a los órganos como el endometrio y la mama, que reaccionan a las hormonas gonadales. La progesterona protege al endometrio contra la estimulación excesiva de los estrógenos durante los años de la vida reproductiva al regular de manera directa los receptores de los estrógenos. También ejerce efectos intranucleares

directos que inhiben los efectos trópicos de los estrógenos sobre el endometrio. (4)

Como las concentraciones circulantes de estrógenos se conservan altas lo suficiente para estimular al endometrio antes de la menopausia y, en muchas mujeres después de la misma, la estimulación del endometrio sin oposición puede ser un fenómeno relativamente frecuente justo antes y después de la menopausia. Esto explica al parecer el riesgo más alto de hiperplasia y cáncer endometriales durante este tiempo.

Se sabe que el tejido mamario es sensible en extremo a las hormonas gonadales. Aunque las relaciones están menos claras que en el caso del tejido endometrial, se ha supuesto que la estimulación de la mama por los estrógenos sin oposición en ausencia de progesterona desempeña una función en el desarrollo del cáncer mamario. (4)

La tercera clase de esteroides producidos por los ovarios son los andrógenos, más notablemente testosterona y androstendiona. Solo hace poco se percibió la función potencial de los ovarios en la producción de andrógenos, en especial después de la menopausia.

Antes de ella el ovario produce cerca de 50% la androstendiona y 25% de la testosterona circulantes producidas por el cuerpo de una mujer. La concentración de testosterona circulante en mujeres es menor al 10% de la de varones (0.50 en comparación con 6 ng/ml) y la cantidad de testosterona biológicamente activa en mujeres es de solo 33% de la correspondiente en varones.

Después de la menopausia, disminuye la producción total de andrógenos, sobretodo porque lo hace la producción ovárica pero también porque disminuye la producción suprarrenal. (4)

#### **PREOCUPACIONES DE LA PACIENTE SOBRE LA MENOPAUSIA.**

Una amplia variedad de emociones suele vincularse con cambios hormonales y corporales característicos de ese periodo. La reacción de la paciente a la menopausia se puede ver afectada por otros factores, como estilo de vida y regulación genética del proceso de envejecimiento. La falta de fecundidad y función menstrual que acompañan a la menopausia natural o quirúrgica puede tener un impacto sobre el sentido de bienestar de la mujer. El médico debe ser

sensible a la tensión emocional experimentada por estas pacientes, y encontrarse preparado para ofrecerles apoyo psicológico. Quizá se ignoren los signos sutiles de transición hacia la menopausia como un medio de negación para informar sus síntomas sorprendidos y potencialmente hormonales al médico que la atiende. A menos que se pregunte de manera directa, muchos síntomas pueden pasar inadvertidos, lo que ocasionará retraso en el diagnóstico y el tratamiento. (4)

#### PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE TENER HIJOS.

El efecto de la pérdida de la capacidad para tener hijos depende de la función que haya desempeñado la crianza de estos en la vida de la mujer. Para algunas, tener hijos y criarlos ha sido una fuente de primera importancia de posición social y amor propio; por tanto la pérdida de fecundidad puede producirles gran tensión. Otras que han retrasado la posibilidad de tener hijos por diversos motivos, el inicio de los síntomas de la menopausia podría ser una señal tangible de su fracaso.

#### PÉRDIDA DE LA JUVENTUD.

Independientemente del efecto de la pérdida de la capacidad para reproducirse, la tensión producida por la pérdida de la juventud simbolizada por la menopausia puede ser sutil, pero a la vez dañino. En la sociedad actual, la juventud es un tesoro preciado, en tanto que la madurez no; por tanto las pruebas tangibles de envejecimiento pueden ser muy traumáticas.

#### CAMBIOS CUTÁNEOS.

La aceleración manifiesta de los cambios cutáneos, que acompañan al envejecimiento, en especial después de la menopausia, es una preocupación para muchas mujeres. Las pruebas sugieren que la deficiencia de estrógenos desempeña una función importante en estos cambios.

#### CAMBIOS EN EL HUMOR O LA CONDUCTA.

##### Depresión.

Aunque es una creencia ampliamente aceptada que la depresión aumenta durante el periodo de la perimenopausia, los estudios no han podido mostrar relación entre la depresión cíclica y el estado hormonal. Hallazgo que sugeriría que muchos síntomas psiquiátricos que ocurren en ese periodo

pueden estar más vinculados con sucesos psicosociales, como los cambios en relaciones con niños, el estado marital y otros sucesos vitales, que con los cambios del estado hormonal.

**Ansiedad e irritabilidad.**

Muchas mujeres informan un aumento del nivel de ansiedad e irritabilidad durante el periodo perimenopáusico; por tanto estos síntomas se han convertido en una parte prominente de lo que se denomina síndrome climatérico. El público en general acepta que la ansiedad e irritabilidad se deben a deficiencia de estrógenos. A pesar de lo anterior, en muchos estudios no se han encontrado pruebas de que la mayor parte los síntomas psicológicos experimentados se relacione con ésta. Se vinculan mucho más claramente con factores psicosociales que con el estado de los estrógenos.

**Pérdida de la libido.**

Una preocupación principal es la disminución de la libido o de la satisfacción sexual que puede sobrevenir. Sin embargo, la actividad sexual se conserva relativamente estable en las mujeres menopáusicas. Aunque solo la mitad de las mujeres menopáusicas informan ser sexualmente activas, esto podría relacionarse con la disminución relativa del número de varones en el grupo de personas que envejecen. Los cambios vaginales por la menopausia pueden contribuir a que disminuya la satisfacción sexual. Cerca del 33% de las mujeres posmenopáusicas que no están recibiendo tratamiento con estrógenos experimentará atrofia vaginal. El malestar debido a la falta de lubricación vaginal puede disminuir la satisfacción sexual. La atrofia es fácil de tratar mediante estrógenos por vía oral o vaginal.

La participación de los andrógenos en la libido antes y después de la menopausia es incierta. Pruebas disponibles sugieren que la satisfacción sexual en mujeres en la menopausia no disminuye con el tiempo, lo que hace controvertido el tratamiento con andrógenos. (4)

**Osteoporosis.**

Una de las preocupaciones que más motivan la consulta al ginecólogo, es el temor a la osteoporosis, enfermedad silenciosa, asintomática, que se manifiesta por lo general luego de 10 años de ocurrida la menopausia, en forma de fracturas espontáneas de vértebras y cadera, con



deformaciones y dolor, que dan origen a una incapacidad funcional, la mayoría de las veces definitiva.

La prevalencia de esta patología se relaciona con factores geográficos y con las variaciones epidemiológicas de los diferentes países poblaciones e individuos: hereditarios, constitucionales, hormonales, alimentarias, etc.

Las mujeres longilíneas delgadas, las que tienen antecedentes familiares, las que tuvieron una alimentación deficiente o las que presentaron una menopausia precoz (idiopática o quirúrgica) tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. (4)

### **CUADRO CLÍNICO.**

De los síntomas más frecuentes, solo los bochornos y, en menor grado, la pérdida del interés sexual se vincula claramente con la pérdida de estrógenos. La mayoría de ellos son mas comunes durante el prolongado periodo de la perimenopausia y algunos (como la depresión y el síndrome del nido vacío), aumentan al instalarse la menopausia. (5)

Según el estudio de Huerta y colaboradores los factores que se relacionan con la aparición de estos síntomas son de diversa índole: familiares, como el control del comportamiento en la familia (un control estricto de asocia con más síntomas); la comunicación entre sus miembros y el aspecto afectivo con el cónyuge. Las mujeres con personalidad equilibrada y tranquila y una vida sexual satisfactoria tienen menos síntomas en la menopausia. (6).

Los signos y síntomas de la menopausia se clasifican como sigue: 1) relacionados de modo concluyente con deficiencia de estrógenos; 2) que guardan relación probable con tal deficiencia, o 3) posiblemente relacionados con otras hormonas. En la tercera categoría se incluyen la atrofia genitourinaria, inestabilidad vasomotora y osteoporosis. Son probables síntomas relacionados con otras hormonas la aterosclerosis y síntomas psicosociales como insomnio, fatiga y depresión. (7)

### **SÍNTOMAS VASOMOTRES.**

Los bochornos ocurren en 75 al 85% de perimenopáusicas. Los síntomas vasomotores son mas frecuentes en la fase inicial del síndrome. Del total de mujeres con bochornos, en 80% los hay durante más de un año, mientras en menos del 25% su

duración excede de 5 años. Los bochornos se describen como una sensación de calor que comienza en la cara y se diseminan al tórax, además de que con frecuencia se acompaña de rubor visible. Son episodios, en vez de continuos, y guardan relación frecuente con náusea, desvanecimientos, cefaleas, palpitaciones, diaforesis y sudoración nocturna. (7)

El origen de los bochornos, según algunos autores no se debe a trastornos periféricos. Diversos estudios hacen pensar que los factores hipotalámicos estimuladores de la liberación de LH originan los bochornos.

Datos de experimentos indican que la deficiencia de estrógenos es la anormalidad primaria que afecta a las neuronas hipotalámicas y produce los bochornos.

Los estrógenos han sido tradicionalmente los medicamentos de elección para aliviar los bochornos. Sin embargo pueden también suprimirse con muchos otros fármacos, que tienen utilidad especial en mujeres con contraindicaciones de estrogénoterapia. Son muy eficaces 10 mg/día de acetato de medroxiprogesterona por vía oral o 100 mg de la misma sustancia en inyección mensual. También es adecuada la clonidina en dosis de 0.1 a 0.2 mg/12 horas. (7)

#### ATROFIA GENITOURINARIA.

Vagina, vulva, uretra y trígono vesical son estructuras cercanas durante el desarrollo embrionario, y contienen cifras elevadas de receptores de estrógenos. Por tanto, la senectud genitourinaria se modifica con la estrogenemia. Los tejidos genitourinarios no se atrofian con la misma velocidad. Este fenómeno comienza en el periodo premenopáusico y continúa a lo largo de muchos años. Aunque la vulva no se deriva de los conductos paramesonéfricos, ocurre una atrofia acelerada con la falta de estrógenos. La edad en sí causa adelgazamiento del vello del monte de Venus y encogimiento de los labios menores. Los labios mayores se aplanan conforme disminuye la grasa subcutánea y la elasticidad de sus estructuras. (7)

El síntoma vulvar más frecuente de la menopausia es el prurito, contra el que suele tener suma eficacia la estrogénoterapia. El hipoestrogenismo hace que la vagina se vuelva pálida y su epitelio se adelgace con lo que disminuyen su distensibilidad y secreciones. La vagina con deficiencia de estrógenos se traumatiza con facilidad. El hipoestrogenismo

cambia el pH vaginal de 3.5 a 4.5 hasta 6 a 8. La alcalinidad predispone a la colonización por diversas bacterias patógenas. La erosión, ectropión y úlceras cervicales se vuelven más frecuentes. El tejido glandular endocervical se vuelve menos activo en la menopausia y produce mucina escasa, lo que favorece la sequedad vaginal general. La unión planocilíndrica y la zona de transición emigran el endocervix.

Los índices de prolapso uterino, cistocele y rectocele aumentan en el climaterio. Es probable que se deba al hipoestrogenismo aunado a la desaceleración de la división celular y de la elasticidad de los tejidos, factores relacionados con la edad. La ausencia de estrógenos también afecta a la uretra, cuya porción distal se vuelve rígida y elástica, lo que predispone al ectropión, divertículos y uretrocele. El problema más frecuente en menopáusicas en relación con los cambios uretrales es el llamado síndrome uretral. Este consiste en dolor urente, poliuria, nicturia y micción urgente. El diagnóstico se realiza, cuando estos síntomas se acompañan de cultivos de orina estériles. (7)

#### OSTEOPOROSIS.

En este padecimiento, los huesos han perdido masa en grado suficiente para quedar predispuestos a fracturas.

La masa ósea máxima se alcanza en ambos sexos a los 35 años. Su pérdida generalizada ha comenzado en varones y mujeres hacia los 50 años. Entretanto las mujeres tienen contenido óseo de minerales menores que varones de edad y grupo étnico similares.

Antecedentes genéticos, modo de vida, hábitos alimentarios, endocrinopatías coexistentes y edad de menopausia son los factores principales que determinan si aparece o no osteoporosis en una mujer.

Es poco lo que se sabe acerca de la función del ejercicio en la aparición y prevención de la osteoporosis. La inactividad produce degeneración ósea y muscular. Por lo que al parecer lo más conveniente es algún tipo de actividad física con apoyo de peso.

El consumo de cigarrillos, cafeína y bebidas alcohólicas son factores que parecen relacionados con la osteoporosis.

Los hábitos alimentarios son el factor del que depende que haya o no calcio suficiente para la formación ósea. En la

actualidad se recomienda que la ingesta de calcio se de al menos 1500 mg/día en posmenopáusicas.

Algunos estudios indican que la producción de calcitonina disminuye con el hipoestrogenismo. Un artículo reciente indica de modo concluyente que hay receptores de estrógenos en los huesos. Por tanto es probable que tales hormonas, al igual que la calcitonina, modulen directamente la remodelación ósea al inhibir la actividad de los osteoclastos y estimular la de los osteoblastos. (7)

#### ATEROESCLEROSIS.

Entre los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares se cuentan la edad cronológica, menopausia a edad temprana, antecedente familiar de enfermedades cardiovasculares, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes y tabaquismo.

El índice de enfermedades cardiovasculares clínicas aumenta con rapidez al llegar a la menopausia. La posible relación de la falta de estrógenos con dicho aumento se planteó por lo que ocurre en mujeres con menopausia quirúrgica prematura. En menopáusicas tratadas con estrógenos disminuyen los valores de colesterol de baja densidad, al tiempo que aumentan los de alta densidad. Todavía no puede afirmarse que este sea el único efecto por el que los estrógenos previenen enfermedades cardiovasculares. Quizás afecten a la agregación plaquetaria, disminuyan las lesiones de la íntima y tengan acción directa en la pared vascular. (7)

#### PROBLEMAS PSICOSOCIALES.

Sigmund Freud caracterizó a las mujeres menopáusicas como: mezquinas, sádicas y anales-neuróticas. Wilson se hizo eco de tal opinión al afirmar: el síndrome menopáusico se basa en una desorientación errática de todo el estado de ánimo de la mujer. Sin embargo son pocos los datos indicativos de que la falta de estrógenos cause enfermedades psiquiátricas.

Los estrógenos contrarrestarían la depresión por su efecto en el metabolismo de las catecolaminas. Los estrógenos también modifican el metabolismo de dopamina y serotonina, efectos que podrían indicar porque los estrógenos son un tónico mental contra algunas enfermedades depresivas en menopáusicas.

Es muy generalizada la opinión de que la actividad sexual no importa en la edad avanzada, sin embargo en un estudio de la actividad sexual de mujeres de 50 a 69 años que vivían solas, tanto las que habían estado casadas como las que nunca lo estuvieron tenían actividad sexual evidente, que incluyó masturbación (59 y 44%, respectivamente), coito (37 y 25%) y sueños orgásmicos (35 y 52%). Master y Johnson comprobaron que en posmenopáusicas son menores el aumento vasocongestivo del tamaño de los senos durante la fase de excitación, las contracciones miotónicas generalizadas, el rubor sexual, la lubricación vaginal y la expansión de la vagina.

La deficiencia de estrógenos se ha propuesto como causa de esta disminución de la respuesta sexual y de la libido. (7)

### **TRATAMIENTO.**

Las investigaciones realizadas y los avances científicos logrados en los últimos 10 años en relación con la hormonoterapia de reemplazo (THR), permiten prevenir y tratar las consecuencias a largo plazo de la deprivación estrogénica, en particular la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis y otras relacionadas con lo cognoscitivo y el carácter.

Las estrategias terapéuticas han evolucionado desde el simple tratamiento del síntoma (sofocos, insomnio, dispareunia, etc.) hasta terapéuticas que tienen un impacto profundo sobre la prolongación de la vida, la prevención de las enfermedades, la calidad de vida y los costos de la salud.

Los beneficios de la terapia hormonal de reemplazo están en la actualidad internacionalmente aceptados, aunque se ha observado un discreto aumento, no significativo y cuestionado del riesgo relativo con respecto al desarrollo de la patología oncológica, a nivel del endometrio y la mama en tratamiento prolongado.

El médico conoce todos los beneficios que la Terapia Hormonal de reemplazo puede brindar a la paciente y al mismo tiempo está informado de sus riesgos. Ante esta situación la misma debe ser ofrecida a las pacientes en el caso que ésta se halle en condiciones de recibirla, de acuerdo con los resultados de los estudios realizados en su evaluación previa.

Tomando en consideración los riesgos, el médico debe informar ampliamente a la paciente, no sólo respecto de los beneficios sino también de los riesgos. Aquí la relación médico paciente adquiere gran importancia ya que se asume un compromiso bilateral, que consiste por parte del médico, en realizar los controles pertinentes y mantener al mismo tiempo un diálogo fluido por las consultas que pudieran surgir, además de las pactadas (controles trimestrales u otros, acorde con la Terapia Hormonal de Reemplazo y las patologías tratadas), ya que la Terapia Hormonal de Reemplazo se adecua a cada paciente en especial, con respecto a su edad, etapa pre o postmenopáusicas, deseo de mantener o no su ciclo menstrual, riesgo oncológico, patología previa, etc.

Una vez que la paciente toma conocimiento de los beneficios y riesgos que en su persona pudieran ocasionarse, la decisión final es de la paciente y debe ser respetada por el médico, buscando para aliviar, tratar o prevenir la sintomatología u otras patologías que aparecen en la postmenopausia, otras alternativas terapéuticas.

En consecuencia la mujer tiene actualmente la posibilidad de elegir que tipo de calidad de vida quiere. El incremento del promedio de años de vida hace que la postmenopausia sea lo bastante prolongada como para que la mujer viva durante todos esos años un deterioro progresivo en todo su organismo, que compromete su vitalidad y sus funciones como esposa, madre, ama de casa, profesional o trabajadora. (8)

#### ESTRÓGENOS

La dosis de estrógeno debe ser la menor que alivie la sintomatología vasomotora, evite la pérdida ósea y prevenga la atrofia urogenital.

Dosis de inicio:

- 0,5-1,0 mg Estradiol oral
- 0,3-0,625 mg Estrógenos conjugados
- 25-50 µg Estradiol transdérmico
- 0,5-1,0 mg Estradiol gel

La dosis puede ser ajustada aproximadamente a los 3 meses dependiendo de la respuesta sintomática.

#### DURACIÓN

La duración depende de la indicación del tratamiento. El tipo, la dosis y la vía de administración deben ser reevaluados anualmente. La manutención del tratamiento para el alivio de

la sintomatología puede ser evaluada con la suspensión temporal de la terapia (o disminución de la dosis) después de 2 ó 3 años de uso.

Para prevención y tratamiento de osteoporosis la TH es una buena alternativa. En el tratamiento de osteoporosis a largo plazo deben considerarse alternativas terapéuticas no hormonales. El uso de estrógenos de acción local por vía vaginal puede indicarse a cualquier edad y utilizarse por períodos prolongados de tiempo para alivio de la sintomatología urogenital. (9)

#### PROGESTINAS

En mujeres con útero se debe usar una progestina para proteger el endometrio. No se requiere el uso de progestina en pacientes sin útero. En esquemas secuenciales la progestina debe ser usada en dosis adecuada por 10-14 días al mes. La evidencia médica actual aún no avala el uso de progestinas en ciclos largos cada 3 meses. Con dosis baja de sustitución estrogénica se puede utilizar dosis menores. El uso por vía vaginal parece una interesante alternativa pero su seguridad aún no se encuentra suficientemente respaldada. Existe información creciente que las progestinas comúnmente usadas en TH están involucradas en el riesgo de cáncer de mama y afectan negativamente los factores de riesgo cardiovascular.

#### VÍA DE ADMINISTRACIÓN.

La vía oral es la de mayor experiencia. Tiene como desventaja el efecto de primer paso hepático que puede provocar un aumento de factores de coagulación, triglicéridos, angiotensinógeno y proteína C reactiva (PCR). La vía transdérmica es de elección en pacientes con hipertrigliceridemia, enfermedad hepática y migraña. No aumenta la PCR y no aumentaría los factores de coagulación; puede ser ventajosa en hipertensas. Tiene como desventaja la posibilidad de irritación dérmica. La vía vaginal es adecuada y segura para mujeres con sintomatología urogenital y sin sintomatología climatérica sistémica. (9)

#### TIBOLONA

Es un esteroide sintético clasificado como STEAR (regulador tisular selectivo de la actividad estrogénica), siendo una prodroga con actividad progestagénica, androgénica y estrogénica. Alivia los síntomas vasomotores de la

menopausia, protege los tejidos urogenitales, tiene efectos beneficiosos sobre el estado de ánimo y la libido, conserva la masa ósea, y no aumenta la densidad mamaria radiológica en la mayoría de las usuarias. Su efecto sobre el riesgo de cáncer mamario no se encuentra aclarado. (9)

#### RALOXIFENO

Autorizado para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis; disminuye el riesgo de fracturas vertebrales en mujeres postmenopáusicas osteoporóticas. Sin acción sobre la sintomatología vasomotora ni sobre el tejido urogenital. Existen estudios en desarrollo sobre su efecto sobre el sistema cardiovascular y en quimioprevención de cáncer de mama. En el estudio MORE en mujeres osteoporóticas, demostró reducción del riesgo cardiovascular en mujeres con factores de riesgo cardiovascular y prevención de cáncer de mama. (9)

#### ANDRÓGENOS

No existen evidencias que apoyen su utilización en premenopausia, limitándose su uso a mujeres postmenopáusicas con disminución de la libido tras ooforectomía bilateral. No existen datos de preparado óptimo, dosis, duración del tratamiento y seguridad a largo plazo. Si se asocian a estrógenos hay que administrar progestágenos. (10)

#### FITOESTRÓGENOS

Moléculas de origen vegetal que tienen la capacidad de comportarse como estrógenos débiles. Se agrupan en cuatro familias farmacológicas: lignanos, cumestanos, lactosas del ácido resocílico e isoflavonas (pertenecen a la familia de los flavonoides), siendo estas últimas el grupo más importante, de las cuales destacan dos: la genisteína y la daidzeína. Estos compuestos se encuentran en cereales, legumbres, hortalizas y bebidas como el vino tinto, la cerveza y el whisky, así pues, todos consumimos fitoestrógenos en nuestra dieta. Sin embargo, son los granos de soja la fuente más abundante de isoflavonas. Poseen acción estrogénica débil, exclusivamente sobre el receptor estrogénico beta (SNC, hueso y aparato cardiovascular), por lo tanto sin acción en útero y mama y antiestrogénica dependiendo de la concentración de los estrógenos endógenos y de los receptores estrogénicos. Además tienen acción antioxidante, inhibición de la



angiogénesis, inhibición de determinadas enzimas que intervienen en la replicación celular, aumento de los receptores hepáticos para la LDL, protección frente a la placa de ateroma y algunos autores les atribuyen efectos en cuanto a la disminución del riesgo de padecer cáncer de mama (por baja incidencia en población asiática) y próstata. Gran parte de los estudios sobre los fitoestrógenos realizados desde los inicios de la década de los ochenta son epidemiológicos. Los ensayos clínicos con isoflavonas están en marcha desde hace pocos años, de momento los resultados que ofrecen reafirman los conocimientos aportados por los estudios epidemiológicos. Su efecto sobre los síntomas del síndrome climatérico (sofocos) está demostrado en estudios prospectivos, no así para el insomnio, cefalea y dolores articulares. Las dosis a utilizar están en función del efecto a conseguir:

Sofocos 40-80 mg/día,

Reducción del Colesterol 50 mg/día.

Reducción de la aterosclerosis 40-80 mg/día.

Efecto antioxidante 10 mg/día.

En definitiva, no hay suficiente evidencia para recomendar su uso indiscriminado, pero algunos expertos recomiendan su utilización para el tratamiento de los sofocos y la sequedad vaginal. (10)

#### CLONIDINA

Es un agente alfaadrenérgico que ha demostrado ser eficaz para controlar los síntomas vasomotores, en especial en pacientes previamente hipertensas. Las dosis indicadas son de 0.1 mg dos veces al día. Los inconvenientes son hipotensión ortostática, fatiga, irritabilidad y nauseas; todos ellos con mayor frecuencia en mujeres normotensas. Actualmente tiene poca utilidad tanto en la hipertensión como para el tratamiento de los sofocos. (10)

#### VERALIPRIDA

Es agente antidopaminérgico que elimina los sofocos en un 30-70% de las pacientes, prolongándose este efecto hasta 3 meses después de su supresión, si bien los síntomas pueden reaparecer a los 6 meses. Puede originar hiperprolactinemia, que desaparece al suspender el tratamiento. La dosis recomendada de 100 mg/día.

#### MEDICINA COMPLEMENTARIA

No hay evidencia sobre la efectividad de este tipo de tratamientos: suplementos nutricionales, hierbas medicinales, homeopatía, métodos terapéuticos físicos o técnicas e relajación. Ejercicio físico. (10)

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL USO DE LA TERAPIA HORMONAL SISTÉMICA Y EVIDENCIAS

Evidencia de buena eficacia:

-La Terapia Hormonal Sistémica tiene como objetivo paliar la disminución de estrógenos que caracteriza a la menopausia y que afecta a la calidad de vida de la mujer, aliviando en parte la sintomatología climatérica y/o las alteraciones menstruales en la perimenopausia.

-Menopausia prematura si existen síntomas menopáusicos y baja densidad de masa ósea.

-La Terapia Hormonal Sistémica ha mostrado ejercer efectos beneficiosos sobre la densidad de masa ósea en la perimenopausia y edad avanzada, por lo que parece prevenir la osteoporosis en postmenopáusicas; si bien en casos de osteoporosis grave existen otros medicamentos de eficacia más contrastada. En mujeres con útero intacto han de adicionarse progestágenos, para proteger el endometrio. Puede considerarse (siempre de forma individualizada y solamente si los síntomas menopáusicos son graves o existe riesgo de fractura).

-Síntomas de infecciones urinarias recurrentes

-Antecedentes de enfermedad cardiaca coronaria en mujeres sintomáticas u osteoporóticas.

No recomendada:

-Prevención primaria.

-Bajo estado anímico.

Contraindicada

-En cáncer preexistente o actual de endometrio, ovárico, y/o de mama.

-Tromboembolismo venoso.

-Antecedente de enfermedad coronaria.

-Antecedente enfermedad arterial.

-Enfermedades con alteraciones en enzimas hepáticas o triglicéridos. (10)

**LA FAMILIA.**

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. 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.

(11)

La **familia** es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sea consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso de salud-enfermedad. (12)

La familia persistirá, según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial. (13)

La palabra **familia** deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico. En la era del nomadismo con el término de "familia" se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntos de un lugar a otro; en tanto que en la Roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos. En la actualidad en el lenguaje cotidiano la palabra familia suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en familia. (13)

El concepto de familia incluye una compleja organización biosicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí.

Para el Papa León XIII (1818-1903), la familia es una sociedad de extensión limitada, pero con todo, una verdadera sociedad anterior a cualquier estado o nación, con sus propios derechos y deberes y totalmente independiente del estado.

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí. Hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio.

En tanto que el diccionario de la lengua española dice que la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. Por el término de linaje se entienden las líneas de descendencia unilaterales, de tal forma que en nuestro medio, las familias resultan ser patrilineales, y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar, son matricentricas.

El censo canadiense define a la familia como esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven en el mismo techo.

Según el censo estadounidense, la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados unos con otros por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción.

En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran además como un sistema de interacción, que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia. El primero de ellos fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y por su sentido de pertenencia a una familia específica, en tanto que el segundo se logra a través de la participación en los diferentes subsistemas familiares y en grupos extrafamiliares. (13)

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, es la célula básica de la sociedad. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directas personales, con

un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianzas.

La familia es un grupo primario, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en el mismo, por eso, no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas organizados por generaciones, sexos, intereses, y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son: subsistema conyugal, subsistema paterno-filial, y subsistema fraterno.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

La definición interaccional de familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar.

El individuo es un subsistema de la familia y ésta lo es de la sociedad.

Para Akerman la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud.

Es posible entonces, definir a la **familia** como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente, manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva. (13)

De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes en relación con las funciones que tienen que cumplir en su seno y ellos a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial en las exigencias del papel que se les imparte. La manera en que la familia asigna dentro de ella

los diferentes papeles, está estrechamente relacionada con su estilo de vida.

La familia comienza con la unión de la pareja, en muchos casos por medio del matrimonio, y tras un cierto periodo dependiendo del número de hijos, su crecimiento se reduce de nuevo a la pareja inicial, con la cual se cierra el ciclo.

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros esta en contacto se va extendiendo. Este ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, conformadas a su vez por varias fases.

La etapa constitutiva de la familia se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos.

Uno de los principales ideales depende de que cada uno de los cónyuges esté bien diferenciado y que haya desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de su familia para formar su propio hogar. En esta etapa la pareja debe lograr mayor estabilidad personal, una unión matrimonial mutuamente satisfactoria y una paulatina independencia y separación emocional de sus respectivos padres. (13)

En la etapa procreativa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por adopción de los hijos e incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años. Corresponde al periodo en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres; en ella ocurre la consolidación de la familia y se inicia la apertura hacia el exterior.

La etapa de dispersión comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos. Una de las tareas de los padres en esta etapa es facilitar la independencia de sus hijos, ayudándoles a convertirse en seres productivos para su propio grupo social. En tanto, la pareja debe ser capaz de ajustarse al final del periodo parental mientras que sus hijos, ahora adultos, dan lugar a la formación de nuevas familias.

Ante la salida de los hijos, resulta de vital importancia para los esposos el aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal,

recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa. En esta etapa comprende dos fases; la de independencia en que la pareja nuevamente sola debe llevar a cabo el ajuste final del papel de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia y la de disolución, en la cual la pareja anciana debe afrontar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos, y demás miembros de la familia residual; la pérdida de sus habilidades; la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que en su viudez, el restante se enfrenta entonces a diferentes alternativas como el continuar viviendo solo, casarse, mudarse al hogar de alguno de sus hijos o recluirse en un asilo hasta el final de sus días, cerrándose así el ciclo vital de su familia, cuando el reemplazo ya está dado por las nuevas familias formadas.

En cada uno de los diferentes periodos del desarrollo, la familia necesita adaptarse y reestructurarse constantemente. Existen también familias con etapas mixtas en las que se encuentran características de dos ó más fases, como las reconstruidas o aquellas en que uno de los hijos continúa viviendo indefinidamente dentro del grupo doméstico. (13)

Además el ciclo de vida puede ser alterado por la migración en dos maneras. Primero separa a la familia nuclear del grupo familiar y de amigos que coconstruyen los estadios evolutivos y pautan o apoyan las transiciones. Segundo la migración altera la estructura familiar porque algunos miembros intentan compensar las ausencias asumiendo nuevos papeles que pueden, a su vez, afectar como la familia transita o bloquea las transiciones. (14).

### **La familia como sistema**

Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Hay pocos ejemplos de sistemas cerrados en la naturaleza, dado que la mayoría están en interacción dinámica con su entorno. Un

sistema es abierto cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica. Todos los seres vivos son sistemas abiertos ya que las organizaciones celulares intercambian energía, materia e información con su entorno. (15)

Totalidad o no sumatividad.- El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes

Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.

Equifinalidad: Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales.

### **Conceptos de Cibernética**

Feedback: En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).

Morfogénesis: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo. (15)

Homeostasis: Proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo.



## **Conceptos Comunicacionales** (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1967)

Es imposible no comunicar. En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.

En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y relacionales (nivel analógico): Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica a cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.

La definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto.

Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente. Cuando la interacción simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica; cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos. (15)

## **Conceptos Evolutivos** (Haley, 1981)

La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los hijos; nido vacío).

- La importancia de las nociones evolutivas en Teoría Familiar Sistémica no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en las crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales

crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

### **Conceptos Estructurales**

Un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.

Los **límites o fronteras** familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares. Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. **Límites difusos** son aquellos que resultan difíciles de determinar; **límites rígidos** son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; **límites claros** son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

Los límites difusos caracterizan a las **familias aglutinadas**; los límites rígidos caracterizan a las **familias desligadas**. Las **familias aglutinadas** no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros. Las características generales de las **familias aglutinadas** son: (a) exagerado sentido de pertenencia; (b) ausencia o pérdida de autonomía personal; (c) poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía; (d) frecuente inhibición del desarrollo cognitivo/afectivo en los niños; (e) todos sufren cuando un miembro sufre; (f) el estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia. Las **familias desligadas** se caracterizan por límites internos muy rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema. Comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común. Las características generales de las familias desligadas son: (a) exagerado sentido de independencia; (b) ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia; (c) no piden ayuda cuando la necesitan; (d) toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros; (e) el estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás, (f) bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.

Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan **fronteras**. Las fronteras del sistema familiar vienen determinadas por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no forman parte de la familia.

El concepto de **tríada rígida** se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Según Minuchin (1974), se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida. (A) **Triangulación**: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. (B) **Coalición**: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge. (C) La **desviación de conflictos**, que se produce cuando se define a un hijo como "malo" y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como "enfermo" y se unen para cuidarlo y protegerlo. (15)

### **La Familia desde la Óptica Sistémica: Síntesis**

Por lo referido, la familia se puede concebir como un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad o no sumatividad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos (por ejemplo, mientras modifica su estructura a través de una serie de fases evolutivas), y la altera mediante procesos morfogénicos. (15)

Según la CONAPO la convivencia e interacción familiar se organiza en torno a espacios hogareños donde tiene lugar la socialización primaria de hombres y mujeres, y la reproducción cotidiana de sus miembros. En los hogares se despliegan fuertes lazos de afecto y solidaridad; se transmiten los valores que nutren y enriquecen la vida de las personas; se reúnen y asignan los recursos dirigidos a satisfacer las necesidades de sus miembros; se configura la división del trabajo con arreglo a las normas culturales y de acuerdo con la edad, el sexo y el parentesco de sus integrantes; y se toman las decisiones relativas a los eventos vitales de relevancia en el ámbito demográfico que estructuran y marcan la trayectoria de vida de las personas. Sin embargo, también en la familia se construyen relaciones de poder y autoridad, y a menudo la violencia ejercida en contra de alguno de sus miembros permanece oculta al interior del hogar. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), pone de manifiesto la centralidad de la familia en el debate sobre población y desarrollo así como en el diseño de políticas, estableciendo que la familia es la unidad básica de la sociedad y, por consiguiente, tiene derecho a recibir protección y apoyos amplios. En este sentido, el programa reconoce el papel de la familia como unidad elemental para asegurar el bienestar del individuo y como intermediaria en su relación con el contexto socioeconómico más amplio. En consecuencia, los hogares constituyen el ámbito natural de las acciones de diversas políticas públicas, incluidas las de la política de población. La configuración cambiante de la sociedad y la economía ha influido en la vida y relaciones familiares, dando como resultado la emergencia de formas diversas de organización y convivencia hogareña, y de arreglos residenciales variados. El acelerado proceso de urbanización e industrialización, la expansión del trabajo asalariado y del mercado de consumo, así como la creciente presencia de la mujer en la actividad económica extradoméstica y los avances registrados en la educación y la salud, son algunos de los procesos que han condicionado en gran medida las transformaciones de la estructura y las relaciones familiares en el México contemporáneo. En México, como en muchos otros países en

vías de desarrollo, el adecuado desempeño de las funciones de la familia a menudo se ve obstaculizado por diversas vulnerabilidades de origen social, lo que deja a sus miembros en condiciones severas de indefensión e inseguridad, al tiempo que constituye un factor decisivo en la transmisión intergeneracional de la pobreza. Los cambios sociodemográficos que ha venido experimentando México, al articularse o entrecruzarse en el contexto hogareño con algunas de estas vulnerabilidades, tienen el potencial de reducir de manera significativa la capacidad de los hogares para prevenir riesgos o enfrentar situaciones adversas. En este contexto, las políticas sociales y de población se han dirigido a contribuir al fortalecimiento de las familias y las personas que se encuentran en ese tipo de situaciones. Para lograr que el desarrollo sea, efectivamente, un bien al que todas las personas tienen derecho, es indispensable apoyar y proteger a las familias, sobre todo a las que se encuentran en contextos de riesgo o vulnerabilidad social. En este sentido, México ha venido desarrollando acciones para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de los hogares y apoyarlos, tanto a desplegar estrategias de formación del capital humano en las distintas etapas del curso de vida de sus integrantes, como de acumulación y movilización de activos, con el fin de que estén en mejores posibilidades de cristalizar los proyectos que tienen razones para valorar y alcanzar su desarrollo integral; a aliviar las presiones y cargas que se derivan de modificaciones en la estructura del curso de vida, en las pautas de formación y disolución familiar y en los arreglos residenciales; a proteger y apoyar a los hogares en situación de pobreza o bien a aquellos donde se combinan varios tipos de vulnerabilidad; a promover una más justa distribución de obligaciones y responsabilidades entre hombres y mujeres; y a propiciar relaciones familiares basadas en el respeto y la solidaridad de sus miembros, lo que exige avanzar en la erradicación de todas las formas de violencia que a menudo tienen lugar en ese ámbito, así como promover la importancia de la unión y el fortalecimiento de la familia. (16)

Sin embargo como refiere Irigoyen ¿Conocemos realmente cómo es la familia actual, cuales son sus inquietudes, sus

problemas, sus anhelos o expectativas? Los cambios que operan constantemente en la vida social han afectado y afectan de forma permanente a la familia, generando así una gran diversidad de estilos y modos de convivencia familiar. Entre los cambios familiares más importantes operados en la última década señala: un cambio de valores y de actitudes y, por otra, unos procesos de cambio más estructurales, que se plasman fundamentalmente en las diversas situaciones convivenciales existentes en nuestra sociedad.

Quizá uno de los cambios más importantes que se han producido en el ámbito familiar ha sido la incorporación de la mujer al mundo del empleo, es uno de los sucesos más importantes y revolucionarios en la transmisión de la familia en la época moderna, llegando a considerar esta hecho como el origen de los sucesivos cambios a los que estamos asistiendo.

No obstante los cuestionamientos que se la han planteado a la familia desde la segunda mitad del siglo XX, ésta se considera una institución de un gran valor para la sociedad. No cabe duda de que la familia es una institución con grandes funcionalidades para la felicidad de las personas y para el bienestar de la sociedad.

La familia continuará desempeñando algunas de sus funciones, pero en forma muy atenuada; sin embargo, continuará siendo una institución social fundamental responsable de la primera socialización, proveedora de nuevos miembros para la sociedad, trasmisora de valores éticos y culturales, y sobretodo formadora del ciudadano del futuro en un contexto de comprensión y afecto.

La sociedad, la religión, la institución escolar y cada familia en particular, tienen su parte de responsabilidad en la preparación del futuro ciudadano.

Las nuevas modalidades que ya ha ido adquiriendo la familia en el siglo XX-XXI corresponde a: Familias grupales, Familias comunales, Práctica de la poliginia, Unión libre, Parejas sin hijos en que ambos trabajan, Parejas con hijos en

que ambos trabajan, Familias uniparentales, Familias binucleares y Familias reconstituidas.

Una de las formas dominantes de la familia del futuro será, junto con la familia nuclear tradicional, la familia reconstituida, y consecuentemente, la familia binuclear. Existen dos factores que respaldan este razonamiento: primero, que el promedio de vida se ha prolongado; y segundo, el aumento natural de la tasa de divorcios. En consecuencia, el matrimonio tradicional en su forma monogámica disminuirá proporcionalmente frente a otras estructuras, ocupando el segundo lugar la familia reconstituida o lo que los sociólogos han denominado monogamia en serie, es decir, un primer matrimonio monógamo, seguido de divorcio, y este, a su vez, de un nuevo matrimonio monógamo, y así sucesivamente. Para algunos sociólogos ésta será una de las características dominantes de la familia del futuro. (17)

### **MODELO FACES III DE OLSON**

Olson (1993- 1997).- A través del modelo circunflejo de los sistemas familiares, ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia por medio del **FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales)**, el cual facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación.

**FACES III**, permite establecer diversas hipótesis acerca de la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evaluando dos de las tres dimensiones mencionadas.

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. (18)

El funcionamiento familiar también puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y la flexibilidad. Asimismo, puede examinarse de acuerdo con el grado de participación de la pareja en la vida social, la estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.

La Cohesión Familiar: Tiene dos componentes:

1.- Los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros (Son los nexos familiares que los miembros establecen entre si).

2.- Y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, soporte mutuo, ambiente familiar, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones.

La Adaptabilidad Familiar:

Se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas, de relación en respuesta al estrés situacional, y de interacciones en respuesta a una crisis. (18)

Cada dimensión (Cohesión y Adaptabilidad) se subdivide en cuatro niveles:

La **cohesión familiar** va de la cohesión extremadamente baja a la cohesión extremadamente alta. Dentro de esta dimensión se toman en cuenta el liderazgo, el control y la disciplina fundamentalmente; (es decir, **familia no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada**).

La **adaptabilidad familiar** va de la adaptación extremadamente baja, a la extremadamente alta: (esto es, **familia rígida, estructurada, flexible y caótica**).





- 3.- La correspondencia afectiva es infrecuente entre ellos.
- 4.- Gran lejanía parento-filial.
- 5.- Predomina la separación personal.
- 6.- Rara vez se pasa el tiempo juntos.
- 7.- Gran necesidad y preferencia por espacios separados.
- 8.- Se toman las decisiones independientemente.
- 9.- El interés se localiza fuera de la familia.
- 10.- Los amigos personales son vistos a solas.
- 11.- Existen intereses desiguales.
- 12.- La recreación se lleva a cabo individualmente.

**B.- En las familias semirelacionadas se dan lo siguiente:**

- 1.- Hay separación emocional.
- 2.- La lealtad familiar es ocasional.
- 3.- El involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal.
- 4.- Algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva.
- 5.- Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos.
- 6.- Se alienta cierta separación personal.
- 7.- El tiempo individual es importante, pero se pasan parte del tiempo junto.
- 8.- Se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar.
- 9.- Las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas.
- 10.- El interés se focaliza fuera de la familia.
- 11.- Los amigos personales raramente son compartidos con la familia.
- 12.- Los intereses de los miembros familiares son distintos.
- 13.- La recreación se lleva a cabo más separada que compartidamente.

**C.- En las familias relacionadas:**

- 1.- Hay más cercanía emocional.
- 2.- Lo esperado es la lealtad familiar.

- 3.- Se enfatiza el involucramiento pero se aún permite la distancia personal.
- 4.- Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.
- 5.- Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento -filial.
- 6.- La necesidad de separación es respetada pero poco valorada.
- 7.- El tiempo que se pasan juntos es importante.
- 8.- El espacio privado es respetado.
- 9.- Se prefieren las decisiones conjuntas.
- 10.- El interés se focaliza ahora dentro de la familia.
- 11.- Los amigos individuales se comparten con la familia.
- 12.- Se prefieren los intereses comunes.
- 13.- La recreación compartida antes que la individual.

**D.- En las familias aglutinadas:**

- 1.- La cercanía emocional es extrema.
- 2.- Se demanda lealtad hacia la familia.
- 3.- Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros.
- 4.- Faltan límites generacionales.
- 5.- Se dan coaliciones parento-filiales.
- 6.- No hay separación personal.
- 7.- La mayor parte del tiempo se pasa junto,
- 8.- Los intereses conjuntos se dan por mandato
- 9.- Se permite poco tiempo y espacio privado.
- 10.- Las decisiones están sujetas al deseo de grupo.
- 11.- El interés se focaliza dentro de la familia.
- 12.- Se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales.

**Según el grado de adaptabilidad, las familias pueden ser:**

- A.- Rígidas,**
- B.- Estructuradas,**
- C.- Flexibles**
- D.- Caóticas.**

**A.- Las familias rígidas:**

- 1.- El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental.
- 2.- La disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa. Es autocrática. Los padres imponen las decisiones.
- 3.- Los roles están estrictamente definidos.
- 4.- Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

**B.- En las familias estructuradas:**

- 1.- El liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario.
- 2.- La disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Es un tanto democrática. Los padres toman las decisiones.
- 3.- Los roles son estables pero pueden compartirse.
- 4.- Las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que se cambian.

**C.- En las familias flexibles:**

- 1.- El liderazgo es igualitario, permite cambios.
- 2.- La disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse. Usualmente son democráticas. Las decisiones se toman por acuerdo.
- 3.- Los roles se comparten
- 4.- Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas reglas cambian.

**D.- En las familias caóticas**

- 1.- El liderazgo es limitado y/o ineficaz.
- 2.- La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias. Las decisiones parentales son impulsivas.

3.- En los roles, falta claridad y con frecuencia éstos se alternan e invierten.

4.- En las reglas, Se dan frecuentes cambios y éstas no se hacen cumplir de manera consistente. (18)

La **funcionalidad** se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para “moverse” dentro del modelo como resultado de factores de **estrés normativo y no normativo**.

La familia tiene como tarea la de preparar a sus miembros para enfrentar los cambios producidos tanto desde el exterior como desde el interior. Las crisis no solo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requieran modificaciones. Pueden estar relacionadas con el tránsito por las etapas del Ciclo Vital. Estas **crisis llamadas normativas**, son derivadas del enfrentamiento a los eventos de vida tales como el matrimonio, el embarazo o la jubilación entre otros.

Un clima familiar donde la violencia doméstica y los conflictos conyugales y/o paternos filiales son permanentes o donde falta la autoridad eficiente para normar es una constante, produce una desestabilización. (19)

La funcionalidad familiar esta en dependencia directa de la adaptabilidad, cohesión y comunicación en cada uno de sus integrantes y puede ser ésta, determinante en la manifestación del síndrome climatérico. (20)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente se considera al climaterio como un síndrome psicosomático-sociocultural y sus síntomas, características y grado de complejidad varían en gran medida, dependiendo en parte del modo en que cada mujer haya vivido hasta ese momento, en la salud física, psíquica, hijos, parejas, profesión, etc. (3)

Se conoce que el no contraer matrimonio, o pertenecer a una clase social baja, la nuliparidad y el no usar anticonceptivos, se asocian a una menopausia precoz.

Que el tabaquismo origina adelantos de uno a dos años en la fecha de la menopausia.

Factores genéticos, ambientales, físicos y culturales intervienen en la iniciación de la menopausia. La cultura y la subcultura tienen especial impacto en la variación de la edad en que se presenta la menopausia.

A pesar de lo anterior es muy factible confundir el cuadro con diagnósticos de origen psicológico o mental de la mujer. Y es muy probable también que la investigación de la patología en cada mujer se quede solamente en un cuadro fisiológico. Por lo que se desarticula a cada paciente, separándola de su comunidad, familia, y pareja. Como si cada uno de nosotros viviera cada una de nuestras etapas en forma ermitaña.

Este trabajo pretende conocer el grado de funcionalidad de la familia de las pacientes con síndrome climatérico en la unidad de medicina familiar número 79 de Piedras Negras Coahuila por el método de Olsen FACES III. Ya que en la consulta de atención primaria, el medico tiene dificultades para la toma de decisiones y muy especialmente para discernir cuales son las pacientes que tienen un problema familiar y requieren un enfoque familiar.

Para realizar estas tareas es importante contar con instrumentos de trabajo que permitan acercarse a la familia para conocer su estructura, aprender a analizar sus sistemas de comunicación y de relación.

Sin embargo esta es una labor más titánica y para muchos incomprensible ya que no solo estamos hablando del diagnóstico de la mujer con síndrome climatérico, sino también de las repercusiones que éste pudiera ocasionar en la familia.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

**¿COMO SE ENCUENTRA LA COHESIÓN Y  
ADAPTABILIDAD EN LA FAMILIA DE LA MUJER CON  
SÍNDROME CLIMATÉRICO ADSCRITA A LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR N° 79 DE PIEDRAS NEGRAS  
COAHUILA?**

## JUSTIFICACIÓN

Hace 200 años, menos del 30% de las mujeres vivieron lo suficiente para experimentar la menopausia, ahora el 90% llega a esta situación.

En México la menopausia se presenta como promedio entre los 47 y 52 años; esta variación depende de factores hereditarios, sociales, culturales y económicos.

Solamente del 10 al 15% de las mujeres carecen de síntomas o por lo menos, son tan leves que no los refieren. Lo cual significa que la mayoría de ellas podrá vivir esta crisis. (3)

En la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila, se cuenta con una población adscrita de 11 938 mujeres entre los 40 y 59 años de edad, de acuerdo al Sistema de Información de Atención Integral de la Salud. De ellas el 0.56% fueron diagnosticadas con síndrome climatérico de primera vez, en el periodo de Julio a Diciembre del 2006, que corresponden a 68 mujeres con síndrome climatérico

Se encuestaron al total de mujeres con síndrome climatérico entre las edades de 40 a 59 años utilizando, el instrumento de evaluación, **FACES III**, el cual facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: **cohesión, adaptabilidad** y comunicación; y permite establecer diversas hipótesis acerca de la funcionalidad familiar con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evaluando dos de las tres dimensiones mencionadas, con la colaboración de 2 médicos familiares, quienes una vez identificadas a las mujeres con síndrome climatérico aplicaron los instrumentos antes mencionados.



La atención del climaterio ha sido considerada de especial importancia dentro del ejercicio de la profesión médica por su aplicación en un amplio grupo femenino que reclama mejores servicios y el aprovechamiento de los recientes avances técnicos y científicos en la prevención y tratamiento de las mujeres adultas mayores. Este esfuerzo que requieren las mujeres climatéricas, crecerá rápidamente de acuerdo con el número de las que alcanzan a vivir más de 40 años, cifra que será cada vez mayor, la cual además se multiplicará por los años que vivan posteriormente a esta fecha, es decir, otros 30 y 40 años. Esta sencilla reflexión muestra la magnitud del universo de trabajo que se necesita cubrir para proporcionar los servicios médicos con la responsabilidad y el nivel adecuado para este grupo femenino. (2)

A pesar de los grandes cambios en los resultados de las investigaciones sobre el climaterio, continua sin aceptarse hoy día, incluso como enfermedad; mucho más lejos se encuentra el vincularla con la dinámica familiar.

Cada día, nuestra problemática en el mundo actual, agrade en forma severa la dinámica familiar y cada mujer en esta etapa de su vida, debe enfrentar con un mejor conocimiento las complicaciones que pueda vivir.

Partiendo del hecho de que la salud y enfermedad se genera en la familia, el papel del médico familiar como experto en la atención integral, deberá ser identificar oportunamente a la mujer climatérica y la dinámica familiar en la que está inmersa, para superar adecuadamente esta etapa

## **OBJETIVO GENERAL:**

CONOCER LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD DE LA FAMILIA EN LAS PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATÉRICO, ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 79 DE PIEDRAS NEGRAS COAHUILA, POR EL METODO FACES III DE OLSON

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1.- Conocer el grupo de edad de las mujeres con síndrome climatérico diagnosticadas por primera vez en el periodo de Julio a Diciembre del 2006 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila.
- 2.- Conocer el estado civil y ocupación de las mujeres con síndrome climatérico diagnosticadas por primera vez en el periodo de Julio a Diciembre del 2006 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila.
- 3.- Identificar la tipología familiar predominante según su comportamiento, demografía y conformación de las mujeres con síndrome climatérico diagnosticadas por primera vez en el periodo de Julio a Diciembre del 2006 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila.
- 4.- Conocer la cohesión de la familia de las mujeres con síndrome climatérico diagnosticadas por primera vez en el periodo de Julio a Diciembre del 2006 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila, a través del instrumento de evaluación FACES III.

5.- Conocer adaptabilidad de la familia de las mujeres con síndrome climatérico diagnosticadas por primera vez en el periodo de Julio a Diciembre del 2006 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila, a través del instrumento de evaluación FACES III.

## **METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

- Observacional
- Retrospectivo
- Transversal
- Descriptivo
- Abierto

## **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.**

En la Unidad de Medicina Familiar N° 79 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Piedras Negras Coahuila, reportó 68 mujeres con Diagnóstico de Síndrome Climatérico entre las edades de 40 a 59 años de acuerdo al Sistema de Información de Medicina Familiar en el periodo comprendido de Julio a Diciembre de 2006.

## **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

De las 11 938 Mujeres entre 40 y 59 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 79, el universo de trabajo lo constituyeron las 68 pacientes diagnosticadas por primera vez con Síndrome Climatérico en el periodo de Julio a Diciembre del 2006, entre las edades de 40 a 59 años. Se trabajo con la totalidad de ellas, utilizándose como método estadístico el análisis porcentual y la prueba de media, mediana y variación estándar, de acuerdo al paquete estadístico SPSS 10.

## **GRUPOS DE ESTUDIO:**

### **A) CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS.-**

Pacientes femeninas que cursen con síndrome climatérico entre los 40 y 59 años de edad, que tengan hijos, diagnosticadas por primera vez, en el periodo de Julio a Diciembre del 2006, que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila.

### **B) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-**

Pacientes femeninas.

Que tengan entre 40-59 años.

Adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 79.

Independientemente de su estado civil.

Que tengan uno a más hijos.

Que sean diagnosticadas con Síndrome Climatérico de Julio a Diciembre del 2006.

### **C) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.-**

Pacientes femeninas con síndrome climatérico, de menos de 40 o más de 59 años.

Pacientes femeninas con síndrome climatérico diagnosticadas fuera del período de Julio a Diciembre del 2006.

Pacientes femeninas con síndrome climatérico que no tengan hijos.

Pacientes femeninas con síndrome climatérico que hayan perdido a su familia.

### **D) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.-**

Pacientes que cambien de unidad médica de adscripción durante el tiempo del estudio.

Pacientes que fallezcan durante el estudio.

## **VARIABLES A RECOLECTAR:**

**COHESION FAMILIAR:** Son los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, soporte mutuo, ambiente familiar, fronteras o límites.

**ADAPTABILIDAD FAMILIAR:** Se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas de relación en respuesta al estrés situacional y de interacciones en respuesta a una crisis.

**SÍNDROME CLIMATÉRICO:** Climaterio proviene del griego *climater* (peldaños o escalones de escalera) y connota una transición gradual con cambios psicológicos y biológicos. Se refiere al intervalo de tiempo durante el cual disminuye el potencial reproductivo, con sus manifestaciones clínicas, marcando la transición en el lapso reproductivo de la vida.

## **PROCEDIMIENTOS PARA RECABAR LA INFORMACIÓN:**



Se entrevistó a cada una de las pacientes con Síndrome Climatérico entre los 40 y 59 años de edad, detectadas en la consulta médica en el periodo comprendido de Julio a Diciembre del 2006, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N° 79 de Piedras Negras Coahuila, a las que se les aplicó el Instrumento de Evaluación FACES III, con el apoyo de 2 médicos familiares involucrados en el presente estudio. Los resultados obtenidos fueron analizados por el mismo personal médico, graficándose mediante el paquete de Office Excel, así como el uso de media, mediana y variación estándar, de acuerdo al paquete estadístico SPSS 10.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este estudio se ajustará a las Normas Éticas Institucionales, y a Ley General De Salud en materia de Investigación para la

Salud en el Título Quinto, Artículo 96, sección II que nos habla de los enlaces entre la enfermedad, medicina y estructura social; aunado a este, el Artículo 100, sección III y IV que habla de la seguridad del sujeto además del consentimiento para realizar la investigación. Así como a la declaración de Helsinki, Finlandia modificada en Tokio, Japón en Octubre de 1975; esta sirve como guía para médicos en la investigación en personas.

## RESULTADOS

El grupo de edad de presentación del síndrome climatérico de las mujeres estudiadas entre 40-44 años fue de 45%; de 45-49 años 28%; entre 50-54 años; 18% y de 55-59 años un 9%.

De acuerdo al estado civil, se encontró que las mujeres en matrimonio predominaron con un 75%; divorciadas y en unión libre en un 10% respectivamente; las mujeres viudas en un 4% y finalmente las solteras en un 1%.

En cuanto a la ocupación se observó que la mujer dedicada al hogar predominó con un 48%; las obreras con un 35%; las técnicas en un 10% y las profesionistas con un 7%. No se observó mujeres campesinas en este estudio.

El resultado obtenido en cuanto al tipo de familia según su comportamiento fué de un 60% modernas y un 40% tradicionales.

El tipo de familia en base a la demografía de las pacientes estudiadas fué de 99% urbanas y 1% rurales.

Las familias en base a su conformación resultaron ser nucleares en un 71%; extensas en un 15%; contraídas 7%; reconstruidas 4% y compuestas 3%.

En base a su ciclo vital resultaron encontrarse en dispersión un 59% de las familias; en nido vacío un 12%; y en expansión un 1%.

La cohesión de las familias en las mujeres estudiadas con el instrumento de evaluación FACES III se encontró que fueron relacionadas en 28%; semirelacionadas 26%; aglutinada 24% y finalmente no relacionadas 22%.

La adaptabilidad de las familias de acuerdo al instrumento FACES III se encontró que fueron caóticas en 56%; flexibles 28%; estructuradas 13% y rígidas 6%.

Finalmente al evaluar el modelo circunflejo se concluye que las familias que se encuentran en un rango medio son el 53%; extremas y balanceadas 16% respectivamente.

## DISCUSIÓN

El síndrome climatérico refiere en la mujer una transición gradual con cambios biológicos y psicológicos. Nos habla del intervalo de tiempo durante el cual disminuye el potencial reproductivo, con sus manifestaciones clínicas, marcando la transición en el lapso reproductivo de la vida.

Comprende tres décadas: de los 35 a 45 años es el climaterio temprano, de los 46 a los 55 años abarca la pre y la postmenopausia y de los 56 a los 65 es el climaterio tardío.

Los cambios biológicos y psicológicos son asociados con la menopausia, término que se aplica al último periodo menstrual de la mujer. (1)

En nuestro país esta última se presenta como promedio entre los 47 y 52 años; esta variación depende de factores hereditarios, sociales, culturales y económicos.

Solamente 10% de las mujeres presentan un cese brusco de las menstruaciones sin irregularidades previas.

El grupo de edad de presentación del síndrome climatérico de las mujeres estudiadas entre 40-44 años fue de 45%; de 45-49 años 28%; entre 50-54 años 18% y de 55-59 años un 9%.

(ANEXO 2)

Lo cual traduce que la mayoría de nuestras mujeres en el estudio corresponde a la media nacional.

La caracterización de la mujer climatérica es fundamental para la verdadera comprensión de todos los procesos clínicos, sociales, psicológicos, etc., que ocurran en ella y poder verla de manera holística.

La edad de aparición de la menopausia tiene importancia, pues no podrá ser igual para cualquier mujer la presentación de su cuadro climatérico durante la edad de adultez joven, en la que quizás aún la dispersión de la familia se lleva a cabo, o durante la adultez madura en donde este iniciando la etapa de independencia y el nido vacío.

Además aspectos importantes como lo es el nivel cultural, pueden influir de manera determinante en las diferentes formas de enfrentar la vida, lo que apoya el hecho de que todas las manifestaciones del llamado síndrome climatérico no dependen solamente de la deprivación estrogénica.

También el estado conyugal y la relación que exista en la pareja y la familia resultan fundamentales, pues como hemos visto, en esta etapa de la vida se presentan distintos tipos de disfunciones que pueden complicar aún más la sintomatología y el estado de ánimo de las pacientes. (18)

En nuestro estudio el estado civil de las mujeres casadas predominó con un 75%; las mujeres divorciadas y en unión libre fueron solo un 10% respectivamente; las viudas un 4% y finalmente las solteras un 1%. (ANEXO 3)

Lo cual resulta al igual que los estudios referidos de la revista cubana (18), que en las mujeres de nuestra cultura hispana, predomina la mujer con pareja en esta etapa de su vida.

También en cuanto a su ocupación la mujer dedicada al hogar fue de un porcentaje dominante 46%; sobre un 35% de obreras; 10% de técnicas; 7% de profesionistas, y no hubo mujeres campesinas. (ANEXO 4)

Lo cual también ejemplifica el modo de vida de la mujer dedicada preferentemente al hogar y a los hijos en nuestra región. Sin embargo se observa en el resultado, la gran cantidad de mujeres que ya se dedica a labores alternas, quizás, también producto de las necesidades familiares, y de la nueva forma de ocupación en el norte de nuestro país en cuanto a las exigencias y posibilidades de la industria maquiladora.

El modo de vida exigido en la mujer de hoy, le ha permitido su participación en la economía familiar y la ha llevado a ser protagonista en el desarrollo de su comunidad, lo que se muestra en mayor independencia personal y mayor seguridad en sus actividades.

En el presente estudio el resultado obtenido en cuanto al tipo de familias según su comportamiento fué de 60% modernas y 40% tradicionales. (ANEXO 5) Además el tipo de familia en base a la demografía de las pacientes estudiadas fue de 99% urbana y solamente 1% rural. (ANEXO 6)

En nuestro entorno existen numerosas fuentes laborales en la industria, lo que le da oportunidad a la mujer de desarrollar otras actividades y superarse en forma individual, en la vida moderna. Pero por supuesto sacrificando quizás una participación más continua y directa en su vida familiar.

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, es la célula básica de la sociedad. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directas personales, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianzas.

Es un grupo primario, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrareacciones en los otros y en el mismo. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas organizados por generaciones, sexos, intereses, y funciones.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. (13)

La familia nuclear esta formada solamente por los padres y los hijos consanguíneos o no. La familia extensa tiene el agregado de un pariente cercano en el núcleo. La compuesta de otro individuo pero no necesariamente pariente. La contraída cuando uno de los integrantes directos muere o se separa. Una de las formas dominantes de la familia del futuro será, junto con la familia nuclear tradicional, la familia reconstituida, y consecuentemente, la familia binuclear. Existen dos factores que respaldan este razonamiento: primero, que el promedio de vida se ha prolongado; y segundo, el aumento natural de la tasa de divorcios. En consecuencia, el matrimonio tradicional en su forma monogámica disminuirá proporcionalmente frente a otras estructuras. (17)

Sin embargo, las familias estudiadas en base a su conformación resultaron ser nucleares en 71%; extensas en un 15%; contraídas 7%; reconstruidas 4% y compuestas 3%. (ANEXO 7)

Lo que confirma que la familia mexicana aún continúa dominando en su forma nuclear, en ese rango de edad.

El ciclo de vida de la familia comienza con la unión de la pareja, en muchos casos por medio del matrimonio. Este ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, conformadas a su vez por varias fases.

La etapa constitutiva de la familia se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos.

En la etapa procreativa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por adopción de los hijos e incluye la crianza y desarrollo de éstos durante sus primeros años.

La etapa de dispersión comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado a los cónyuges nuevamente solos.



Ante la salida de los hijos, resulta de vital importancia para los esposos el aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal, recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa.

Las familias de las mujeres estudiadas en base a su ciclo vital se encontraron en dispersión 59%; en nido vacío 12%; y en expansión 1%. (ANEXO 8)

Resultado que muestra a la mujer en esta etapa de su vida, aún terminando la crianza de sus hijos y en la gran mayoría de ellas todavía acompañadas por miembros de su familia.

La familia es el único grupo social en el cual interactuamos además de con la razón, con sentimientos de por medio. Los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar se llama cohesión. La cual implica ligas afectivas, soporte mutuo, ambiente familiar, fronteras o límites.

La cohesión de las familias en las mujeres estudiadas con el instrumento de evaluación FACES III se encontró que fueron relacionadas en 28%; semirelacionadas 26%; aglutinada 24% y finalmente no relacionadas 22%.

Lo cual muestra un equilibrio en los diferentes rangos estudiados.

A pesar de los cuestionamientos que se han hecho sobre la familia en las últimas décadas, no cabe duda que sigue siendo la mejor institución para la formación de la felicidad de las personas, fundamental en la primera socialización humana, trasmisora de valores éticos y culturales y sobretodo formadora de la generación del futuro. Todo esto sin duda parte de su gran capacidad para adaptarse dentro de nuestra sociedad.

La adaptabilidad familiar, se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas de relación, en respuesta al estrés situacional y de interacciones en respuesta a una crisis.

La adaptabilidad de las familias de acuerdo al instrumento FACES III se encontró que fueron caóticas en 56%; flexibles 28%; estructuradas 13% y rígidas 6%.

Y finalmente al evaluar el modelo circunflejo se concluye que las familias que se encuentran en un rango medio son el 53%; extremas y balanceadas 16% respectivamente.

Lo cual traduce la gran capacidad de adaptación que tienen nuestras familias y a pesar de su complejidad, la gran mayoría permanece en rangos medios en el modelo circunflejo

## CONCLUSIONES

El presente trabajo logró conocer las familias en las mujeres estudiadas con el instrumento de evaluación FACES III. Concluimos que la cohesión familiar manifestada por los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar, se encuentra alterada ya que los resultados muestran un gran porcentaje de familias extremas y los rangos medios de familias encontradas, consecuentemente muy disminuidos.

Al evaluar la adaptabilidad de acuerdo al instrumento de evaluación FACES III, la mayoría se encontró en el rango de caóticas con 56% y rígidas con 6%, mostrando que el mayor porcentaje de las familias estudiadas están en los rangos extremos, lo cual significa que la habilidad del sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas y normas de relación en respuesta al estrés situacional y de interacciones en respuesta a una crisis, de éstas mujeres se encuentra alterada.

La funcionalidad en la familia de las mujeres estudiadas con síndrome climatérico, se encuentra en el rango de mejor cohesión y extrema adaptabilidad, lo cual las sitúa en las familias de mediana funcionalidad según el instrumento de evaluación FACES III.

La sociedad en general debe cambiar el criterio de superficialidad con que toma al síndrome climatérico, ya que es una respuesta fisiológica natural que en toda mujer se puede presentar tarde o temprano. Y generalmente resulta influenciada por otros muchos factores que ahora conocemos.

El médico familiar debe además de los anterior, tomar en cuenta el rol que toma la familia, en la mujer con síndrome climatérico, ya que de no hacerlo ésta seguirá quedando desprotegida en todo el contexto de su salud. Lo cual sin duda disminuirá el desarrollo de la familia y consecuentemente de nuestra sociedad.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.- Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia. 1997-1998. Climaterio Femenino. Introducción.
- 2.- T. R. Harrison. HARRISON Principios de Medicina Interna Volumen II. 15<sup>a</sup> Edición. Mc Graw Hill. Capítulo 336.
- 3.- Sebastián Carranza Lira. Atención Integral del Climaterio. Primera Edición. Mc Graw Hill Interamericana. Capítulo 1-5.
- 4.- Ginecología de NOVAK. Decimotercera Edición. Mc Graw Hill. Capítulo 29.
- 5.- Velasco E, Malacara JM, Cervantes F, Díaz de León J, Dávalos G, Castillo J, Gonadotropins and prolactin serum levels during the perimenopausal period: Correlation with diverse factors. Fertil Steril. 1990. 53:56-60.
- 6.- Huerta MR, Mena A, Malacara JM, Díaz de León J, Symptoms at Perimenopausal period: Its association with attitudes toward Sexuality, life-style, family function and FSH levels, Psyconeuroendocrinol 1995 20:135-48.
- 7.- Scott. DiSaia. Hammond. Spellacy. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth Sexta Edición. Mc Graw Hill Capítulo 43.
- 8.- Enfoque Holístico del Climaterio. Revista Nuestro Hospital Año I Número 2. 1997.

9.- Revista Chilena Obstetricia y Ginecología 2005; 70: 340-345.

10.-Actualizaciones del Climaterio. Abordaje desde Atención Primaria. Revista Valenciana de Medicina de Familia, Numero 15

11.-Climaterio, Familia y Sexualidad. Revista Cubana Medicina General Integral, Marzo-Abril, 1999, Vol. 15 número 2 P, 134-139.

12.-Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7 2005. Conceptos Básicos Para el Estudio de Familias. pp. 15-19

13.-Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar 1 Primera Edición 1999. Intersistemas Editores

14.-Arturo Roizblatt S. Terapia Familiar y de Pareja. Capitulo 9 pp. 142-151

15.-La Perspectiva Sistémica en Terapia Familiar. Conceptos Básicos, Investigación y Evolución. Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación.

16.-La Familia, sus Funciones, Derechos, Composición y Estructura. Consejo Nacional de Población de México. Capítulo 3, 2003.

17.-Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Segunda Edición. Irigoyen. Capitulo 1.

18.-Olson D. Sprekele D Russell. Circumplex modelo of marital and family systems interception, Cohesion and adaptability, family types and clinical applications. Family Process, 18, 3-28. 1979.

19.-Pinto Herrera F.- Livia Segovia J- Zegarra Martínez V.- Ortiz Moran M.- Camacho O.-Isidoro J, Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villarreal

20.-Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2001. 27(1): 16-21

## ANEXO 1

ENCUESTA SOBRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN LA MUJER CON SÍNDROME CLIMATÉRICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 79 EN PIEDRAS NEGRAS COAHUILA

DR. JUAN DAVID MARTINEZ CASTRO

<b>NUMERO AFILIACIÓN:</b>	<b>EDAD:</b>
<b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTERA: CASADA: UNION LIBRE: DIVORCIADA:	
<b>NUMERO DE HIJOS:</b>	
<b>OCUPACIÓN:</b> OBRERA: CAMPESINA: TÉCNICA: PROFESIONISTA:	
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU COMPORTAMIENTO:</b>	
TRADICIONAL: MODERNA:	
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A LA DEMOGRAFÍA:</b>	
1.- URBANA:	
2.- SUBPROLETARIADA:	
3.- PROLETARIADA:	
4.- MEDIA:	
5.- ACOMODADA:	
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU CONFORMACIÓN:</b>	
NUCLEAR: EXTENSA: COMPUESTA; CONTRAIDA: RECONSTRUIDA:	
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU CICLO VITAL:</b>	
EXPANSION: DISPERSION: NIDO VACIO:	



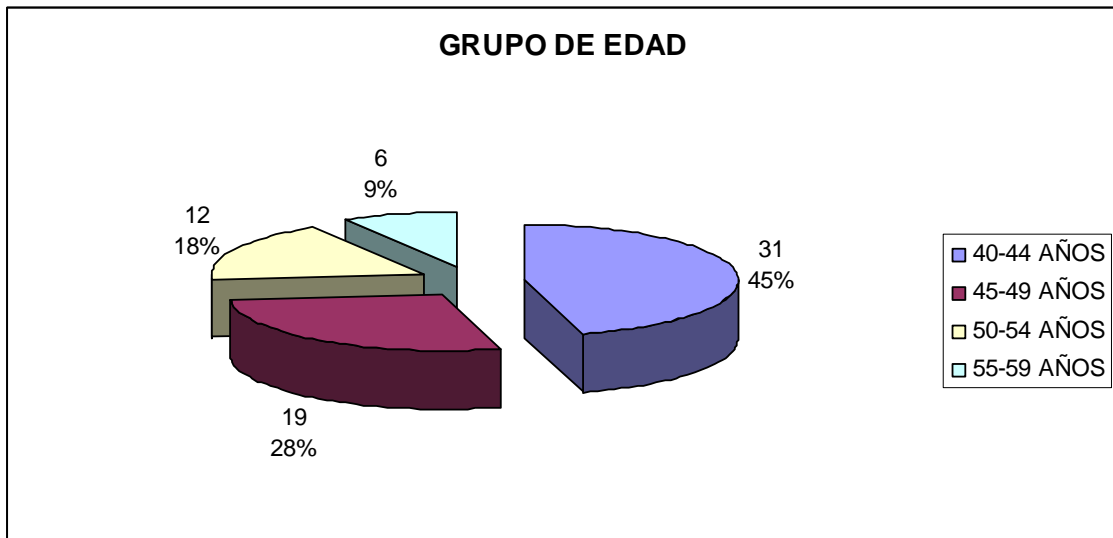
**FACES III (D. H. OLSEN, J .PORTNER E Y. LAVEE),  
VERSION EN ESPAÑOL (MEXICO): C. GOMEZ Y C. IRIGOYEN**

**INSTRUCCIONES: ESCRIBA EN EL ESPACIO A CADA PREGUNTA LA RESPUESTA QUE USTED  
ELIJA Y EL NUMERO INDICADO.**

**NUNCA, CASI NUNCA ALGUNAS VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE**  
**1 2 3 4 5**

**DESCRIBA SU FAMILIA**

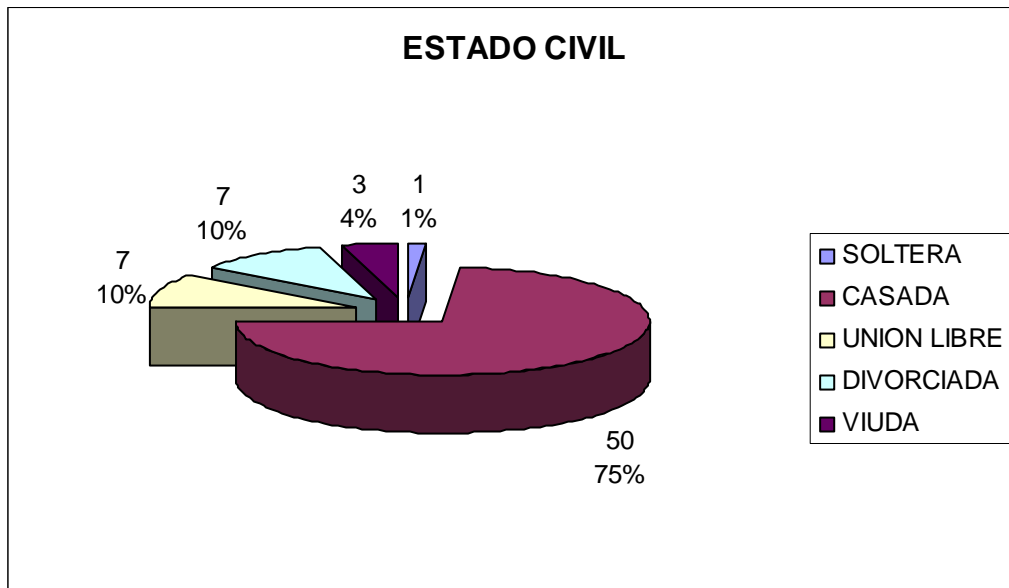
• 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si	
• 2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	
• 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
• 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a la disciplina	
• 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos	
• 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
• 7.- Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
• 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas	
• 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
• 10.- Padre e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos	
• 11.- Nos sentimos muy unidos	
• 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones	
• 13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente	
• 14.- En nuestra familia las reglas cambian	
• 15.-Con facilidad podemos planear actividades en familia	
• 16.- Intercambiamos los quehaceres de la casa entre nosotros	
• 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
• 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
• 19.- La unión familiar es muy importante	
• 20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar	



**ANEXO 2**

**FUENTE: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR**

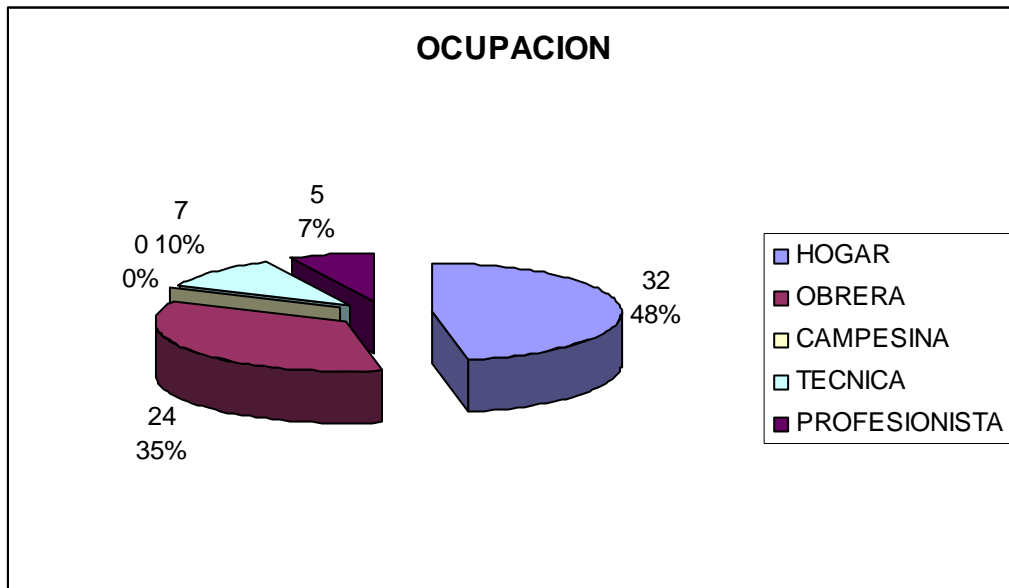
Media	15.5
Mediana	17
Desviación típica	10.7



### ANEXO 3

**FUENTE: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR**

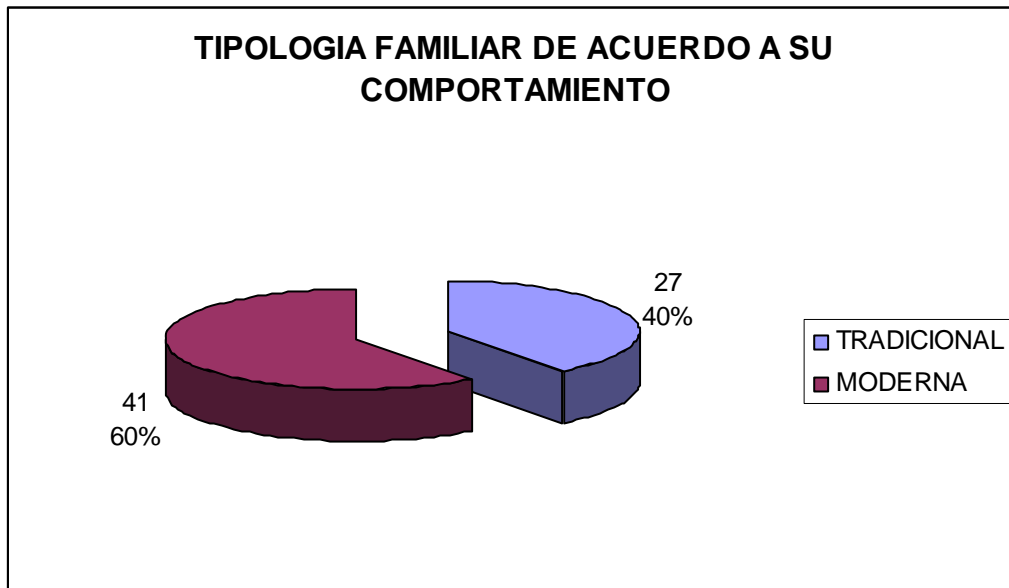
Media	7
Mediana	13.6
Desviación típica	20.5



### ANEXO 4

**FUENTE: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR**

Media	7
Mediana	13.6
Desviación típica	13.6

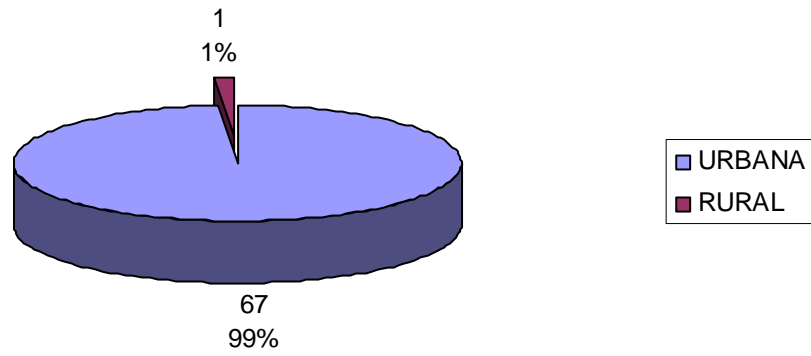


### ANEXO 5

**FUENTE: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR**

Media	34
Mediana	34
Desviación típica	9.89

### TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DEMOGRAFIA

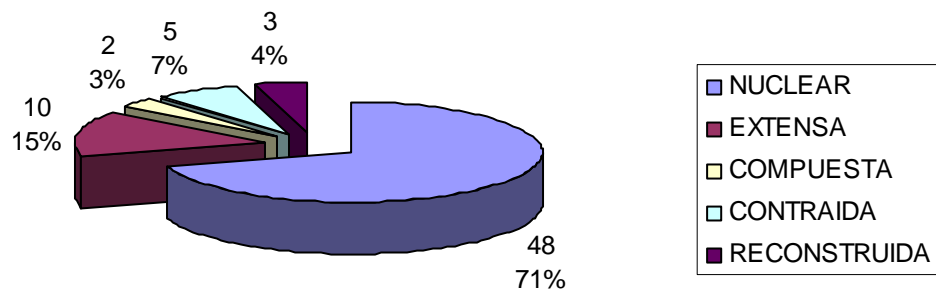


### ANEXO 6

**FUENTE: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR**

Media	34
Mediana	34
Desviación típica	46.66

### TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU CONFORMACIÓN

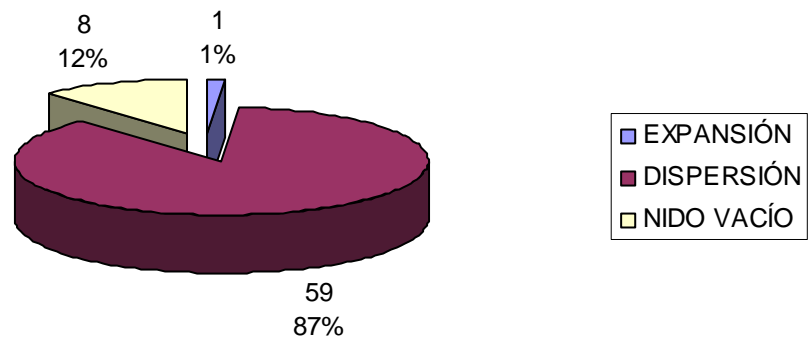


### ANEXO 7

**FUENTE: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR**

Media	5
Mediana	13.6
Desviación típica	19.4

### TIPOLOGÍA FAMILIAR DE ACUERDO A CICLO VITAL

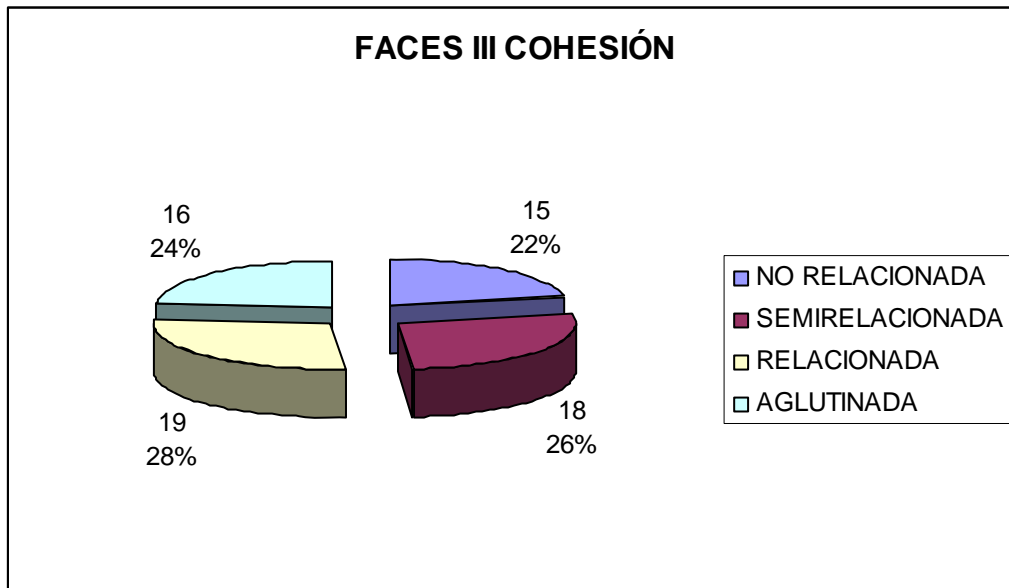


### ANEXO 8

**FUENTE: HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR**

Media	8
Mediana	22.6
Desviación típica	31.6

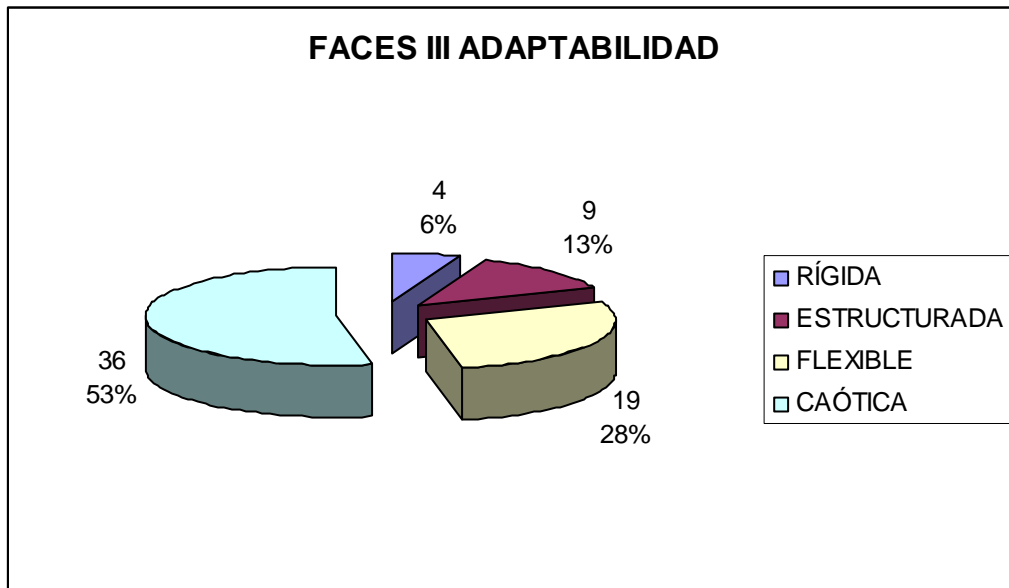




## ANEXO 9

**FUENTE: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FACES III**

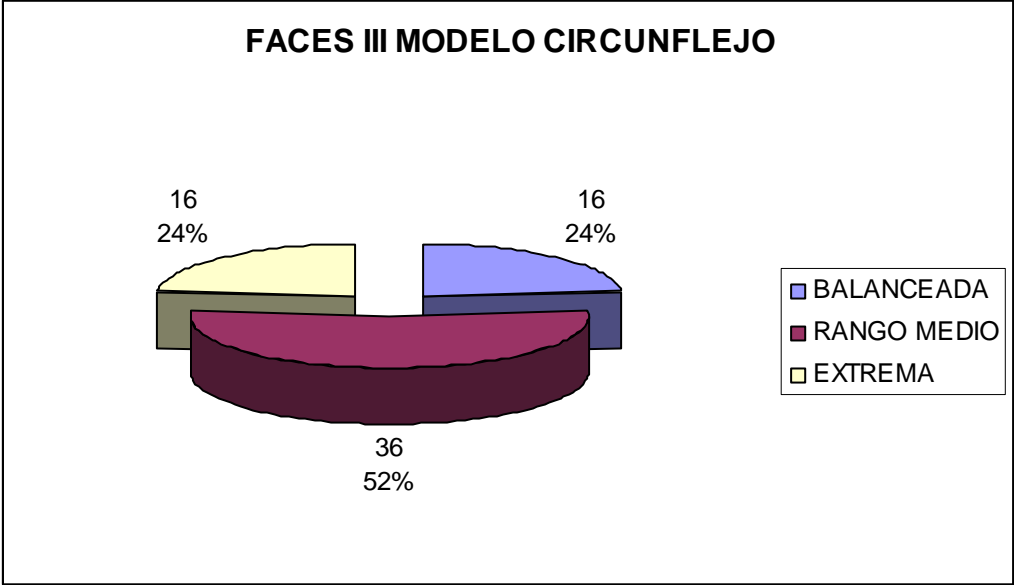
Media	17
Mediana	17
Desviación típica	1.8



**ANEXO 10**

**FUENTE: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FACES III**

Media	14
Mediana	17
Desviación típica	14.1



**ANEXO 11**

**FUENTE: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FACES III**

Media	16
Mediana	22.6
Desviación típica	11.54