



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS

**“APOYO FAMILIAR EN LA PACIENTE CON MENOPAUSIA
DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BAZAN SANDOVAL WENDY.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“APOYO FAMILIAR EN LA PACIENTE CON MENOPAUSIA DEL
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. WENDY BAZAN SANDOVAL.

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DEL
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL.

DRA. MARIA BEATRIZ FLORES ORTEGA

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR CON ALTA ESPECIALIDAD EN ORIENTACION
FAMILIAR

**“APOYO FAMILIAR EN LA PACIENTE CON MENOPAUSIA
DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. WENDY BAZAN SANDOVAL

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE

MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE

MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

**“APOYO FAMILIAR EN LA PACIENTE CON MENOPAUSIA
DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. WENDY BAZAN SANDOVAL.

AUTORIZACIONES:

CLAUDIO M. CRUZ FIERRO.

DIRECTOR GENERAL DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
ISSEMYM

ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION
EDUCATIVA EN SALUD.

NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MEXICO.

2013

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

GRACIAS POR HABERME DADO EL DON DE LA VIDA Y PERMITIRME ALCANZAR MIS SUEÑOS.

A MIS PADRES

POR HABERME AYUDADO A FORJAR MI CAMINO E IMPULSAR MIS SUEÑOS Y FORMAR EL SER QUE SOY.

A MI SUEGRA

POR SU GRAN APOYO DURANTE LA RESIDENCIA.

A MIS HIJOS

ANDREA Y DANIEL POR SER MI MOTOR DE FUERZA Y ESPERANZA EN LA VIDA.

A MI ESPOSO

POR SU APOYO Y COMPRENSION.

DRA. MARIA BEATRIZ FLORES ORTEGA

GRACIAS POR SU APOYO, COMPRENSION Y PACIENCIA PARA LA REALIZACION DE ESTE ESTUDIO,

A MIS PROFESORES TITULARES DE LA ESPECIALIDAD Y TODOS LOS MEDICOS ADSCRITOS DURANTE ESTOS TRES AÑOS.

AL INSTITUTO ISSEMYM POR SU APOYO DURANTE EL CURSO DE ESPECIALIZACION.

INDICE

1.1 Definición de menopausia	9
1.2 Antecedentes históricos	9
1.3 Fisiopatología	11
1.4 Síntomas	12
1.5 Evaluación y diagnóstico	14
1.6 Tratamiento	14
1.7 La familia y la menopausia	15
1.8 La depresión y la menopausia	20
1.9 Planteamiento del problema	22
1.10 Justificación	23
1.11 Objetivos	25
1.11.1 General	
1.11.2 Específicos	
1.12 Hipótesis	26
2. MATERIAL Y MÉTODOS	27
2.1 Tipo de estudio	27
2.2 Diseño de la investigación	27
2.3 Población lugar y tiempo	28
2.4 Muestra	28
2.5 Criterio de inclusión exclusión y eliminación	28
2.6 Variables	29
2.7 Instrumentos para la recolección de datos	31
2.8 Métodos para la recolección de datos	31
2.9 Prueba piloto	31
2. 10 Procedimiento estadístico	31
2.10.1 Diseño y construcción de base de datos	32
2. 10.2 Análisis cualitativo	32
2.11 Cronograma de actividades	35
2.12.1 Recursos humanos	35
2.12.2 Recursos materiales	35
2.12.3 Recursos físicos	35
2.12.4 Financiamiento	35
2.13 Consideraciones éticas	36
3. RESULTADOS	38
4. DISCUSION	51
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
6. REFERENCIAS	71
7. ANEXOS	75

“APOYO FAMILIAR EN LA PACIENTE CON MENOPAUSIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL”

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La OMS define a la menopausia como la supresión definitiva de la menstruación que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica. La menopausia y su consecuencia, el climaterio, deben ser considerados como sucesos fisiológicos que forman parte de una etapa vital que en la actualidad, con el aumento de la esperanza de vida, no es la última, siendo posible aún vivir un prolongado período de tiempo con una calidad más que aceptable. Sin embargo, estos cambios pueden conllevar síntomas molestos o poco aceptables y aumentar el riesgo de otras patologías, ambos pueden ser aminorados con medidas terapéuticas, psicológicas.

OBJETIVO: Describir el apoyo familiar que tiene la mujer en etapa de menopausia que acude a la consulta externa del hospital regional de Nezahualcóyotl.

MATERIAL Y MÉTODOS: El tipo de estudio realizado fue cualitativo. El tamaño de la muestra fue de 10 mujeres que acudieron a la consulta externa del hospital regional de Nezahualcóyotl entre 45 a 59 años de edad.

RESULTADOS: Se obtuvieron 20 pacientes, se encontró que la edad promedio de las pacientes fue de 50 años, con un promedio de vivir con su pareja de más 30 años, 2 hijos en promedio, en cuanto a la edad de inicio de la sintomatología fue a los 46 a 50 años, el 70% se encontraba casada y la escolaridad que predominó fue la primaria con 25% de la población en cuanto a la entrevista realizada se encontró que el conocimiento que manejaban las pacientes la mayoría fue adquirido de manera empírica, siendo su fuente de información vecinas, amigas y muy pocas con acceso a literatura especializada o Internet, entre los cambios que provocó la menopausia en las vidas de las mujeres del estudio se encontró, una disminución de la vida sexual, así como alteraciones en la autoestima, siendo los principales problemas en su relación de pareja la disminución de la libido la autoestima baja, la mayoría de las pacientes no se siente apoyada por su familia, y a pocas les interesa iniciar un tratamiento de reemplazo hormonal.

CONCLUSIONES: Es necesario reconocer la importancia que tiene en la mujer la etapa de la menopausia en lo físico, biológico, endocrino, emocional y psicosocial, entre otros aspectos. Se considera que el impacto psicológico de la menopausia está fuertemente ligado a factores personales y sociales.

Palabras clave. Menopausia, familia, apoyo.

"FAMILY SUPPORT IN THE PATIENT WITH MENOPAUSE"

ABSTRACT.

Introduction. The OMS defines menopause as the final abolition of menstruation that occurs due to loss of ovarian follicular activity. It is diagnosed once they have passed 12 consecutive months of amenorrhea, for which there is no other obvious cause, pathological or physiological. Menopause and its consequence, the climacteric, should be considered as physiological events that are part of a vital stage at present, with increasing life expectancy, not the last, yet still possible to live a long time with a more than acceptable quality. However, these changes may lead to troublesome symptoms or less acceptable and increase the risk of other diseases; both can be diminished with therapies, psychological.

Objective. Describe the family support that has women in menopause stage goes to the regional hospital outpatient department of Nezahualc6yotl.

Material and methods. The type of study was qualitative. The sample size was 10 women attending the outpatient department of Nezahualc6yotl regional hospital between 45 and 59 years of age.

Results. 20 patients were obtained, we found that the average age of patients was 50 years, with an average of living with her partner of 30 years, 2 children on average as at the age of onset of symptoms was at age 46 a 50, 70% were married and schooling that dominance was the primary with 25% of the population in interview wing was found that the knowledge they handled the most patients was

acquired empirically, to be your source for neighbors, friends and very few with access to literature or the Internet, including changes arising from menopause in the lives of women in the study found a decrease in sexual life, as well as changes in self-esteem, the main problems in their relationship partner decreased libido low self esteem, most patients do not feel supported by their families, and few are interested in starting a hormonal replacement therapy.

Conclusions. We must recognize the importance of women in the climacteric and menopause in the physical, biological, endocrine, emotional and psychosocial support, among others. It is considered that the psychological impact of menopause is strongly tied to personal and social factors.

Keywords. Menopause, family, support

APOYO FAMILIAR EN LA PACIENTE CON MENOPAUSICA

INTRODUCCION

1.1.-Definición de menopausia

La menopausia es la etapa en la vida de una mujer en que la menstruación cesa permanentemente.¹

La interrupción definitiva de las menstruaciones resultante de la pérdida de la actividad folicular del ovario define la menopausia.²

La menopausia y su consecuencia, el climaterio, deben ser considerados como sucesos fisiológicos que forman parte de una etapa vital que en la actualidad, con el aumento de la esperanza de vida, no es la última, siendo posible aún vivir un prolongado período de tiempo con una calidad más que aceptable. Sin embargo, estos cambios pueden conllevar síntomas molestos o poco aceptables y aumentar el riesgo de otras patologías, ambos pueden ser aminorados con medidas terapéuticas, psicológicas.³¹

La OMS define a la menopausia como la supresión definitiva de la menstruación que ocurre debido a la pérdida de la actividad folicular del ovario. Se diagnostica una vez que han transcurrido 12 meses consecutivos de amenorrea, para la cual no exista ninguna otra causa obvia, patológica o fisiológica.²⁰

Actualmente se considera la menopausia como un síndrome psicossomático-sociocultural y que sus síntomas, características y grado de complejidad varían en una gran medida, dependiendo en parte del modo en que cada mujer haya vivido hasta ese momento, como en la salud física, psíquica, hijos, parejas, profesión, etcétera.⁷

Se considera que la paciente ha presentado la menopausia cuando han transcurrido doce meses después de la última menstruación, teniendo lugar en la mayoría de las mujeres entre los 45 y 52 años de edad.⁷

1.2 Antecedentes históricos

Al igual que todas las personas atraviesan por la infancia, la pubertad, la adolescencia y la vejez, todas las mujeres deben pasar por la menopausia, sin embargo esto no significa que siempre vivan este periodo de la misma manera.²²

Uno de los enemigos de la menopausia es la desinformación entorno al proceso natural. Y esta falta de información a través del tiempo ha llevado a que alrededor se tejan mitos, falacias y leyendas tales como:²⁰

- * Todas las mujeres en menopausia están desquiciadas, histéricas, angustiadas.
- * Es normal estar deprimida en la menopausia.

- * Con la menopausia se acaba la capacidad de disfrutar del sexo.
- * A esta edad no eres apetecible sexualmente.
- * Te sientes vacía, como si ya lo hubieras vivido todo.
- * Es normal estar tensa, irritable, adolorida...
- * Se acabó, ya eres mujer solo por fuera.

Aristóteles fue el primero en dejar constancia sobre el fenómeno de la menopausia hace más de dos milenios en su historia animalium. Desde entonces la edad de presentación de la menopausia no ha variado significativamente, pero las consecuencias del envejecimiento ovárico se han estudiado en todos los órganos y sistemas de la mujer.⁴

En el libro del Génesis y en el pasaje de la historia de Abraham y Sara, quienes reciben la visita de 3 ángeles que le prometen la posibilidad de recuperar la fertilidad perdida ya que la estéril Sara es vieja y posmenopáusica, es otra alusión a esta etapa de la vida, vista desde la antigüedad. Así era considerado en el Génesis las pocas posibilidades de descendencia entre las parejas que tenían y 100 y 90 años. La procreación posterior al climaterio señala la presencia de un vehículo moral entre Dios y los hombres más allá de la naturaleza.²³

Durante la edad media, las descripciones sobre la menopausia fueron esporádicas y escasas. En el siglo XVI, la influencia de las pestes, las sequías y las guerras favorecieron el desarrollo de un concepto de la menopausia relacionada con lo maléfico.²³

A partir del siglo XIV la mujer menopáusica paso a ser considerada como la imagen de lo marchito y la decrepitud. En la época de la revolución francesa en la cual el status de la mujer en la corte y en la sociedad dependía de su apariencia, atractivo y capacidad sexual, la menopausia era considerada como un sinónimo de muerte social.²³

El hecho de que la mujer pierde su menstruación en un momento determinado de la vida es algo perfectamente conocido desde la más remota antigüedad. Ya en el Génesis se menciona la pérdida de la impureza mensual y en los papiros egipcios se señala a las mujeres menopáusicas como mujeres blancas, en contraposición a las rojas que eran las que menstruaban. También Abraham, en el Génesis, conocía el fallo de la reproducción cuando consideraba las pocas posibilidades de descendencia en las parejas que tenían mucha edad.²³

Hipócrates también menciona en sus escritos el cese de las menstruaciones y Aristóteles en el año 322 a.c. describió en su historia Animalium que la menstruación cesa alrededor de los 50 años. También en el siglo VI a. n. e. Aecio de Amida describe que la menstruación cesa en la mujer en un período nunca anterior a los 35 años y por lo común hacia los 50. Otros escritos coinciden con esta etapa, como por ejemplo John Freind que en 1729 describió que el cese de la menstruación se llevaba a cabo alrededor de los 49 años. Esto ya de por sí

señala que la fecha de la menopausia que muchos autores modernos han creído que se iba haciendo más tardía, resulta que no y que es constante desde tiempos remotos. Así la historia natural de la menopausia sería extrañamente constante.³

1.3 Fisiopatología:

La función ovárica cesa de una manera progresiva y paulatina, se produce un déficit de hormonas sexuales (estrógenos y progestágenos) y aparecen una serie de síntomas ligados a esa deficiencia hormonal. Estos síntomas son muy variable de unas mujeres a otras, siendo apenas perceptibles en unos casos y considerablemente importantes en otros, afectando en mayor o menor grado su bienestar físico y psíquico.^{6, 9, 11}

La causa inconstante y cambiante del sangrado uterino se debe a las perturbaciones en el eje hipotálamo pituitaria - ovario. La intervención que tiene la edad conjuntamente con las vicisitudes evolutivas de estas glándulas condiciona su marcha y su función.^{6, 9, 11}

A medida que se acerca la menopausia aparece un número de cambios biológicos en esta fase previa a la menopausia se le denomina periodo de transición menopáusica o peri menopausia los niveles estrogénicos en mujeres de más de 40 años son menores que las que no alcanzan esta edad. Sherman y Col demostraron en las mujeres que están cerca de la menopausia menor cantidad de estrógenos durante el inicio de la fase folicular en la fase folicular tardía en la parte media del ciclo y en la fase lútea.^{6, 9, 11}

El aumento de FSH que se observa en las mujeres mayores con ciclos menstruales o sin ellos significa la disminución del estímulo ovárico ocasionada por la disminución de folículos hecho que se toma como un índice clínico de *insuficiencia ovárica se requiere en estos casos de una acción diez veces mayor de la FSH que la que es suficiente en la juventud alcanzando cifras de más de 50mU/ml* „los niveles máximos de FSH y LH se observan hasta dos o tres años después de la menopausia con subsecuente declinación posteriormente a niveles menor.^{1, 6}

*Antes de la menopausia los ovarios producen 17 B estradiol en una cifra controlada de 60 a 600m/ 24hrs y existen en circulación de 80 a 400m/400ng después de la menopausia la producción de E2 desciende 20m/24h y los niveles circulatorios bajan a menos de 30ng.*³²

*Etapa del climaterio pre menopausia o peri menopausia: se define como amenorrea hipergonadotrófica que ocurre antes de los 40años de edad., causada debido a que los ovarios secretan menos óvulos la testosterona, los y disminuye los ciclos menstruales se acortan, hay menos ovulaciones y mas irregularidades en el ciclo los ovarios producen menos estrógenos.*³²

Así como también se han identificado nuevos factores genéticos asociados con la edad en que una mujer comienza la menopausia, identificando trece loci (un lugar

específico en un gen o cromosoma) relacionados con la función inmunitaria y la reparación del ADN que tienen un efecto sobre el momento de inicio de la menopausia.³⁸

Es así entonces como el envejecimiento reproductivo coincide, en cierto momento con el envejecimiento fisiológico y genera. Un parte aguas en este punto fue resultado del grupo STRAW (Stages of Reproductive Medicine y la North American Menopause Society (NAMS). Este grupo de trabajo clasifica el periodo reproductivo y posreproductivo en siete etapas, cinco que preceden a la última menstruación (-5 a -1 de la etapa reproductiva a la transición de la menopausia, respectivamente) y dos que le siguen (+1 y +2 que se refieren a la posmenopausia).³³

De acuerdo a esto tenemos:

TRANSICION A LA MENOPAUSIA: se inicia con variaciones en la duración del ciclo menstrual e incremento de la hormona folículo estimulante (FSH), pero no de la hormona luteinizante (LH) y termina con el último periodo menstrual, confirmado luego de transcurridos 12 meses sin menstruaciones.³³

TRANSICION TEMPRANA A LA MENOPAUSIA (etapa -2): los ciclos menstruales previamente regulares se tornan variables en duración y periodicidad por un lapso de siete días o más.³³

TRANSICION TARDIA A LA MENOPAUSIA (etapa - 1): caracterizada por la pérdida de dos períodos menstruales o más; por lo menos un intervalo intermenstrual de 60 días o más y concentraciones de FSH superiores a 40 UI / mL.³³

MENOPAUSIA ESPONTANEA : cese de las menstruaciones cuando han transcurrido, por lo menos, 12 meses consecutivos sin menstruaciones sin una causa patológica; refleja la disminución fisiológica, casi completa, de la función ovárica por baja en la cantidad de folículos.³³

MENOPAUSIA INDUCIDA: cese permanente de la menstruación después de la ooforectomía bilateral inducida quirúrgicamente o por la aplicación de quimioterapia o radioterapia en la región pélvica.³³

MENOAPAUSIA PREMATURA: es el cese de las menstruaciones antes de los 40 años de edad de manera natural o inducida.³³

POSMENOPAUSIA TEMPRANA (etapa +1): lapso de cinco años posteriores al último periodo menstrual debido a menopausia natural o inducida.³³

POSMENOPAUSIA TARDIA (etapa +2): lapso que va desde el final de los primeros cinco años posmenopáusicos, hasta la muerte.³³

1.4 Síntomas:

Son variados los síntomas que se pueden presentar en la menopausia pueden incluso en algunas mujeres estar ausentes se considera que aproximadamente un 10% de las mujeres carecen de síntomas o por lo menos son tan leves que no los

refieren. Otras en cambio comentan que para ellas es un sufrimiento cotidiano entre otros síntomas podemos describir:

Los estrógenos actúan como neuromoduladores en el centro termorregulador del hipotálamo de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina, por lo que intervienen en la homeostasis de la temperatura normal teniendo así entonces.³³

Trastornos de la termorregulación como: bochornos o encendido molesto del rostro Se definen como una sensación subjetiva de calor que habitualmente se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración que se sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca. Pueden durar desde unos pocos segundos hasta varios minutos²⁶ y su intensidad y frecuencia son muy variables. Cuando los sofocos tienen lugar durante la noche y son intensos pueden alterar el sueño³² así como se puede presentar cefalea, irritabilidad, cambios de humor, sudoración nocturna ansiedad y fatiga.³³

Los síntomas vasomotores pueden ocasionar trastornos del sueño y gran estrés, como consecuencia de los síntomas psicoemocionales: insomnio y olvido de las cosas.³³

Así como cambios en la vida sexual como disminución de la libido, dispareunia y anorgasmia secundario a los cambios hormonales como el déficit estrogénico que se producen en el climaterio y la menopausia van a incidir en aquellos órganos que tienen receptores estrogénicos, produciendo un mal equilibrio hormonal la cual causa atrofia vaginal y uretral causando una pérdida de elasticidad del introito vulvar y una reducción de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, lo que también causa una disminución de la lubricación. Así al mismo tiempo causando alteraciones en el equilibrio de la flora vaginal causando infecciones urinarias frecuentes como la cistitis.^{33, 35}

La depresión trae como sintomatología crisis de llanto, disminución de la actividad física además de la creencia de no ser atractiva físicamente.^{32, 5 31} También se ha visto que durante la menopausia se cambian los hábitos alimenticios para evitar la acumulación de grasas en ciertas zonas del cuerpo, ya que durante la menopausia suele traer consigo una disminución aproximada de 30% en el gasto energético así como la disminución de la masa magra y aumenta la masa grasa; esta última se distribuye en la región abdominal convirtiéndose en un factor asociado con el síndrome metabólico. Por lo tanto la alimentación es decisiva para la prevención de las complicaciones de la menopausia ; patologías como alteraciones en la menstruación periodos menstruales irregulares, cáncer de mama y de endometrio, diabetes, síndrome metabólico, el aumento de las enfermedades cardiovasculares (ECV) a partir de la menopausia ha sido detectado hace mucho tiempo, se ha comprobado una incidencia 4 veces mayor de estos procesos en mujeres posmenopáusicas de 50-59 años en relación con mujeres pre menopáusicas, aunque los resultados no estaban ajustados en relación con el tabaquismo. Otros estudios han confirmado que el riesgo relativo de ECV depende del intervalo de edad y del ajuste para tabaquismo. Se estima que los estrógenos disminuyen el

riesgo de ECV en un 25-50%. Este efecto protector se atribuye en un 25% a la mejora en el metabolismo del colesterol.^{5, 31}

Ya que antes de la menopausia las mujeres están protegidas en contra de la enfermedad cardiovascular debido a la acción del estrógeno sin embargo, después durante la menopausia existen cambios en los lípidos: aumentan las concentraciones de colesterol LDL y disminuyen las de colesterol HDL; se incrementan las concentraciones de glucosa insulina.³⁴

Osteoporosis : la osteoporosis es un trastorno esquelético sistémico caracterizado por masa ósea reducida y deterioro de la micro estructura del tejido óseo.³⁶ Así pues el hipoestrogenismo característico de la transición a la menopausia y la postmenopausia acelera la tasa de resorción ósea o disminuye la reposición ósea, o ambas, que aumentan el riesgo de osteoporosis y, consecuentemente de fracturas.³³ El 15% de las mujeres hacia los 65 años tiene una fractura vertebral y un 30-40% hacia los 85 años²³. Aproximadamente el 20% de la masa ósea se pierde en los primeros 5-7 años después de la menopausia .³¹

1.5 Evaluación y diagnostico:

Historia clínica.

Examen físico: hipotrofia de las glándulas mamarias, hipotrofia de genitales externos, disminución de la lubricación vaginal.³⁴

Exámenes de laboratorio o exámenes auxiliares: FSH y LH elevados (VN menor 20mUI/ml).³⁴

Examen citológico PAP estradiol bajo (VN 50 a 250 pg/ml).³⁴

1.6 Tratamiento:

Tratamiento hormonal

Estrógenos y estrógenos combinados con progestágenos: la terapia hormonal administrada por vía oral durante un periodo de entre 3 meses y 3 años, comparado con placebo, reduce la frecuencia semanal de los bochornos. La magnitud del efecto está relacionada con la intensidad de los síntomas y la duración del tratamiento, Cuando los estrógenos se administran solos existe un riesgo aumentado de hiperplasia endometrial. Este riesgo se incrementa con la duración del tratamiento, siendo a los 6 meses de 5,4%: 1y a los 3 años de 16,0%. Asimismo, también aumenta el riesgo de sangrados irregulares y en consecuencia, hay una menor adherencia al tratamiento.^{12, 32}

Tibolona: reduce de forma significativa los bochornos y las sudoraciones nocturnas. La eficacia de la tibolona es similar a la de los estrógenos con o sin progestágenos. La dosis de 2.5 mg/día de tibolona es la óptima y ha sido la más utilizada.^{12, 31, 32}

Tratamientos no hormonales

Clonidina: fármaco antiadrenérgico de acción central, administrada por vía oral o transdérmica, es eficaz en el tratamiento de los síntomas vasomotores.^{12, 31, 32}

Antidepresivos: Los fármacos antidepresivos han sido evaluados para el tratamiento de los síntomas vasomotores en pacientes con antecedentes de cáncer de mama, han demostrado que la venlafaxina es eficaz en la reducción del número e intensidad de los bochornos y que la paroxetina y la fluoxetina muestran una moderada eficacia.^{31 32}

Fitoestrógenos: Los fitoestrógenos son sustancias de origen vegetal con efectos estrogénicos. Entre los principales fitoestrógenos están: las isoflavonas (predominantemente en la soja y el tofu, aunque también en otras legumbres, frutas y vegetales), los lignanos (cereales, frutas, vegetales y semillas) y los cumestanos (alfalfa). De estos tres grupos de fitoestrógenos, isoflavonas son las más estudiadas. Una menor incidencia de los síntomas vasomotores y el mayor consumo de fitoestrógenos entre las mujeres de origen asiático han llevado a evaluar la posible eficacia de los fitoestrógenos en las mujeres postmenopáusicas.¹⁶

Otras técnicas:

Relajación. La técnica de respiración rítmica (respiración lenta, controlada y con el diafragma, en el momento de iniciarse el sofoco), ya sea de manera aislada o formando parte de una intervención que incluya otras técnicas de relajación, ha mostrado en todos los estudios una disminución significativa de la sintomatología vasomotora.¹⁴

1.7 La familia y la menopausia.

Definición de familia:

La palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo.

La OMS define como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.²⁶

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 bajo el mismo techo”¹⁹

CICLO VITAL FAMILIAR

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del

crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases.¹

Definición de ciclo vital de la familia según Geyman

1.- fase matrimonial: se inicia con consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.⁴²

2.-fase de expansión: momento en que a mayor velocidad se van incorporando nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica se dilata, se “expande”.⁴²

3.- fase de dispersión: generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.⁴²

4.- fase de independencia: etapa en que los hijos de mayor edad se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.⁴²

5.-fase de retiro y muerte: etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.⁴²

FUNCIONES DE LA FAMILIA

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones en la comunidad.¹⁹

Según Maslow el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades, que son:

***Fisiológicas:** aire, agua, alimentos, sexualidad.¹⁹

***Seguridad:** orden, normas para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas.¹⁹

***Sociales:** amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.¹⁹

***Estima:** respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.¹⁹

REDES DE APOYO

Para hablar de redes sociales es necesario ubicar este concepto en el panorama comunitario y familiar y preguntarnos: ⁴⁴

¿Quiénes son los actores que confluyen en estos procesos?

¿Cuáles son sus intereses?

¿Para qué y con qué sentido promover las redes?

¿Redes de qué?

Desde esta perspectiva las redes son constructos simbólicos que entretienen los sistemas y subsistemas humanos con el fin de satisfacer necesidades de diverso orden, entre las cuales, en el ámbito comunitario se destaca la solidaridad y apoyo emocional en torno a situaciones que se viven en común. En las comunidades las relaciones interacción cotidiana entre unos y otros; por lo cual al hablar de las redes familiares es necesario también hablar de la comunidad, ya que en este espacio vital es en donde se forman los vínculos que facilitan el crecimiento e intercambio de saberes, sueños y realidades para suplir necesidades y expectativas de orden primario, por lo tanto así podemos clasificar tres grandes tipos de redes que contribuyen en el desarrollo y fortalecimiento de las familias que han presentado situaciones de crisis en algunos de sus integrantes, así entonces los individuos y familias son capaces de desarrollar redes, ya sea en forma natural o posibilitando la construcción de las mismas. En ese proceso de acercamiento, conocimiento y consolidación de los vínculos es donde surge el lenguaje compartido que posibilita la identidad, solidaridad y unión, dando prioridad a lo afectivo antes que a formas y procedimientos rígidos de comportamiento o de prestación de servicios.⁴⁴

Cada red hace parte de un sistema viviente que se encuentra en permanente transformación y movimiento, dentro de estructuras multidimensionales que dan paso a diversas miradas horizontales y complementarias entre sí, este sistema rico en movimiento facilita encuentros simétricos, flexibles, autónomos y creativos que permiten en sí mismos indicar el camino para el fortalecimiento del tejido familiar como social al cual pertenecen.⁴⁴

A continuación se presenta una breve descripción de los tipos de redes que alcanzan las familias, desde la visión, que estas mismas construyen en el proceso de consolidación:

PRIMARIAS

Este tipo de red hace referencia a las relaciones más próximas que establecen los integrantes de la familia; se convierten en lazos fuertes de unión, afecto y apoyo para el sostenimiento familiar, tales como las relaciones con miembros de la familia extensa, amigos cercanos, uniones maritales y entre familias.⁴⁴

SECUNDARIAS

Corresponde a los vínculos que las familias establecen en el contexto comunitario y social. En este tipo de redes se construyen lazos y relaciones de autoayuda, cooperación y solidaridad para alcanzar un fin en común. tales como: juntas de acción comunal, círculos productivos, grupos recreativos, grupos juveniles, comité de salud.⁴⁴

INSTITUCIONALES

Estas redes circunscriben los servicios y apoyo de tipo institucional con que cuentan las familias ya sea para superar sus dificultades o para alcanzar mejores niveles de vida. El uso y aprovechamiento de los recursos institucionales depende en gran medida de la capacidad que logre desarrollar los individuos y las familias para acercarse a estos servicios y hacer uso efectivo de estos así como la destreza del médico familiar para lograr su confianza.⁴⁴

DEFINICION DE APOYO

Base o fundamento ante las dificultades que pueden surgir fuera del ámbito familiar. La familia es un espacio de referencia y seguridad, ante la enfermedad, los problemas laborales problemas físicos o psíquicos etc. (La Familia y la Educación de los hijos. La complejidad del proceso educativo).⁴⁴

La palabra apoyo puede referirse a diferentes cuestiones, por otra parte otro de los significados es aquel que se refiere a la protección, auxilio o favor que requiere un individuo o familia que se brinda a otro u otros en determinada situación de necesidad.⁴⁴

DEFINICION DE AUTOESTIMA

La autoestima es la autovaloración de uno mismo, de la propia personalidad, de las actitudes y habilidades, que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal.⁴⁴

CRISIS FAMILIARES:

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que esté incluida. Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.¹⁹

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.²¹

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar, y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente. Los eventos críticos pueden asociarse a pérdidas, cambios, problemas interpersonales o a marcados conflictos internos. Son de dos tipos: ¹⁹

Crisis normativas (evolutivas o intrasistémicas).

Crisis para normativas (no normativas o intersistémicas).

CRISIS NORMATIVAS

Están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia, y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Se refieren a las transiciones y cambios que obligadamente se suscitan dentro de la familia.¹⁹ Las crisis evolutivas, que marcan la transición de una etapa a otra, son oportunidades de crecimiento para cada uno de sus miembros al posibilitar la adquisición de nuevas responsabilidades, roles, relaciones, compromisos intrafamiliares o extra familiares según el momento, lo que va dando forma a la identidad de cada uno y del grupo.¹⁹

CRISIS PARANORMATIVAS:

Son experiencias adversas o inesperadas, siempre incluyen eventos provenientes del exterior que, aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia. Estas crisis usualmente se asocian con grandes períodos de disfunción durante los cuales los miembros de la familia presentan dificultades en la comunicación y para la identificación de los recursos necesarios para resolverlas.¹⁹

Durante la menopausia, el apoyo de la familia es fundamental para las mujeres que necesitan más comprensión con los cambios que está viviendo. Empezando por el marido, que muchas veces no entiende los cambios que sufre su esposa. No se puede olvidar del apoyo de hermanos, padres e incluso las hijas e hijos que probablemente ya sean mayores.⁵ Así como es difícil predecir hasta qué punto el déficit estrogénico afectará su estado emocional, su sistema familiar y a la sociedad.¹³

La funcionalidad familiar influye en forma muy importante, ya que es una etapa que coincide con situaciones de crisis al interior de la familia, con la pareja, los hijos y con los padres, que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia en etapas previas de la menopausia.¹³

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.²⁵

El surgimiento de la familia que data de tiempos remotos, y que es la célula básica de la sociedad, ha tenido dentro de sus aspectos fundamentales la función reproductiva, por lo que la aparición de la menopausia produce cambios en este sentido que de una forma u otra modifican su dinámica. No debemos olvidar que la sexualidad, que es una amplia dimensión de la personalidad, va mucho más allá de las relaciones sexuales de la pareja¹ y matiza los intercambios entre las personas de ambos sexos en su vida familiar, laboral y social.^{2 15}

En la familia es necesario analizar su organización, estabilidad económica y emocional, sus interrelaciones, afinidades, grado de respeto de cada uno de sus miembros, la solidaridad y apoyo que se brindan en las dificultades, o por el

contrario los estados disfuncionales que obligan a la familia a establecer nuevos replanteamientos en los estados de crisis que en ocasiones generan un porcentaje alto de separaciones.²⁵

También hay disminución de la satisfacción personal con sentimiento de minusvalía y devaluación en el contexto familiar y laboral, al acercarse la edad de la jubilación; muchas veces se sienten solas, y están preocupadas por su futuro y el de la familia y muestran desinterés por el porvenir. Por otra parte el hombre, con frecuencia se aparta y se aleja de ella, porque ante un sexo decadente necesita excitarse con la juventud de una nueva pareja y con el encanto de lo desconocido e inaccesible.³

- Para aquellas mujeres que han trabajado en su casa al cuidado de los hijos, también entran en el período de jubilación, pues éstos ya no necesitan el tiempo y la dedicación de otros años, han crecido y muchos se han ido de la casa para construir su propio mundo.²⁵

1.8. La depresión y la menopausia.

Definición de depresión

Del latín (depressu que significa abatido, derribado) es un trastorno del estado de ánimo, que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.¹⁶

Definición: la depresión es un desorden común con serias consecuencias sociales, reduce con frecuencia la capacidad para el trabajo, disminuye su rendimiento e interfiere con el funcionamiento normal. Así mismo se ha observado la relación que existe entre depresión y climaterio ya que durante este período muchas mujeres sufren de un estado de ánimo deprimido.¹⁶

Hay una predisposición negativa ante la menopausia favoreciendo la presentación de trastornos durante la menopausia, por lo que es importante un manejo integral e interdisciplinario para el manejo de la menopausia.¹⁶

La depresión es una de las principales causas de discapacidad y disminución del funcionamiento en las mujeres. Estas diferencias desaparecen en la mitad de la vida, lo que ha llevado a muchos investigadores a considerar que la fluctuación hormonal puede contribuir al aumento de la tasa de depresión en las mujeres. Aquellos que experimentan otros síntomas como sofocos e insomnio, parecen encontrarse especialmente en riesgo de depresión durante este período. En particular la depresión y la ansiedad se asociaron intensamente con la obesidad. La obesidad central se asocia con algunos factores de estilo de vida, sedentarismo, tabaquismo, estrés, consumo de alcohol. Estos datos apuntan hacia la importancia del estrés sobre los síntomas de la menopausia con la asociación adicional de la obesidad.²⁶

Las manifestaciones clínicas de la depresión en el climaterio se derivan de dos componentes: la disminución estrógenica por deficiencia de folículos ováricos que se traduce en alteraciones del ritmo menstrual y los factores psicológico, sociales, y culturales que influyen en la depresión durante el climaterio.²⁸

Los cambios hormonales no son totalmente responsables de las alteraciones de la salud mental en la mujer, quien se vuelve más vulnerable a factores de riesgo, sociales, familiares, de pareja y abuso de sustancia.²⁸

El diagnóstico de depresión en el climaterio se establece cuando están presentes menos 5 de los síntomas por más de 2 semanas:⁴⁵

- ^ Insomnio (dificultad para dormir), hipersomnolia (sueño excesivo).
- ^ Cambios marcados en el nivel de actividad física o intranquilidad.
- ^ Sensación de cansancio o falta de energía casi todos los días.
- ^ Incremento o decremento en el apetito casi todos los días, resultando en ganancia o pérdida de 5% o más de peso.
- ^ Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones u olvidos casi diarios.
- ^ Sentimientos de culpa casi todos los días.
- ^ Sentimientos de desesperanza en que la vida no vale la pena vivirse y en ocasiones la aparición de ideas suicidas.

En el climaterio la mujer necesita aprender a reconocer sus problemas, entender las causas y desarrollar los mecanismos para manejarlos.

La “crisis menopáusica” es una etapa transitoria que puede afectar la autoimagen de la mujer. Muchas veces esta crisis conduce a conflictos tales como insatisfacciones a nivel profesional, autoestima, angustias y estados emocionales que afectan la sexualidad de la mujer y por consiguiente a su pareja.⁴⁶

No todas las mujeres reaccionan de igual manera ante la presencia de la menopausia. Depende mucho de la edad en la que esta etapa se presente, la cultura y el estrato social a la que la mujer pertenece. También sus vivencias familiares y ambientales, son factores muy importantes que determinan la estabilidad emocional de la mujer. Los problemas de tipo fisiológico también determinan la severidad de la crisis por la que la mujer atravesará durante la menopausia.^{5, 11, 46}

1.9 Planteamiento del problema.

En la menopausia es difícil predecir hasta qué punto el déficit estrogénico, afectara el estado emocional y físico de la mujer y su sistema familiar. ¹¹

La funcionalidad familiar influye en forma muy importante, ya que también dependiendo de la etapa del ciclo vital que se encuentre la familia en algunas ocasiones coincide con algunas situaciones de crisis en el interior de este, pudiendo ser estas en el subsistema conyugal, subsistema fraterno filial o en el subsistema filial que ponen en riesgo la estabilidad y el equilibrio logrado por la familia. ¹¹

Ya que la familia es vital para el equilibrio emocional- afectivo de estas pacientes y por lo tanto no puede ser sustituida por ninguna institución social por bien organizada que esté. ¹⁵ Ya que es un fenómeno bio-socio-cultural, en la expresión de su vivencia interactúan factores biológicos y sociales que condicionan su impacto en la calidad de vida de la mujer. Para algunas culturas la menopausia confiere beneficios y esperan con agrado su aparición mientras; que para otras es un estigma, algo que no se debe ni nombrar por su carga negativa que implica. Por lo tanto, no sólo es importante identificar la presencia de alguno de los síntomas menopáusicos sino también identificar la apreciación subjetiva de la mujer, quien determinara si se ve afectada o no su calidad de vida por ellos. ²⁶

Ante las repercusiones emocionales, sociales y familiares que implica la menopausia en la vida de la mujer y como está se presenta en la consulta externa de los servicios de salud siendo el médico familiar en muchas de las ocasiones su primer contacto ante este gran abanico de sintomatologías es necesario tener una adecuada visión de las repercusiones que presentan nuestros pacientes y que ellas nos tomen como una parte de sus redes de apoyo. Por lo que para nosotros es muy importante conocer.

¿Cómo es el apoyo familiar en la paciente con menopausia que acude a la consulta externa del hospital regional ISSEMYM Nezahualcóyotl?

1.10 Justificación.

La menopausia es debida a la declinación gradual de la función ovárica, en México la edad de presentación es entre los 46 y 50 años de edad, con un promedio de edad de 50 años; es posible que existan algunas diferencias en los países desarrollados y en vías de desarrollo; esa cifra se suele usar en las estimaciones de número de mujeres menopáusicas que viven en las distintas partes del mundo. Para describir el tamaño y la distribución de ese grupo se han utilizado las proyecciones de la población mundial hasta el año 2030 que figuran en el informe sobre el desarrollo mundial 1993, del banco mundial.^{47,48}

Esas proyecciones dividen al mundo en 8 áreas geográficas consideradas como homogéneas en lo que respecta a la economía, estructuras sociales y características epidemiológicas, según esas proyecciones de población había en 1990 en el mundo alrededor de 467 millones de mujeres de 50 años de edad. Calculándose que esta cifra aumentara a 1200 millones para el 2030. En 1990 alrededor de 25 millones de mujeres llegaron a la menopausia en el mundo; calculándose que esta cifra aumentara al doble a finales del 2020, la mujer menopáusica constituye el 5% de la población en los países en desarrollo y el 15% en los países industrializados.⁴⁸

Para el año 2030 la población de mujeres menopáusicas habrá aumentado en todas partes correspondiendo los aumentos más fuertes en china desde el 8% al 17% y al mundo industrializado desde el 15 % al 23%⁴⁸

El estado de residencia indica que pueden intervenir tanto factores culturales locales como factores étnicos en la aparición de algunos síntomas, así como en el mundo entero se observa un aumento en el promedio de vida de la especie humana; la mujer supera al hombre en este aumento del promedio de vida. En los primeros años del siglo XXI se calcula que habrá más de 2,000 millones de personas mayores de 60 años. Dentro de ese universo las mujeres serán mayoría, todas “menopáusicas” quienes requerirán una atención especial por parte del sector salud, con el fin de asegurarles un bienestar psíquico y físico a lo largo de esas tres décadas o más en que vivirán sin hormonas y con necesidades que seguramente no han cambiado mucho, comparadas con las actividades de la premenopausia.⁴⁹

Así como la salud y el bienestar de las mujeres menopáusicas dependen en gran parte del marco cultural y económico en que viven, en los países en desarrollo, la salud de las mujeres al llegar la menopausia ya ha sido minada por las difíciles condiciones del trabajo y el hogar, las gestaciones repetidas, las experiencias traumáticas de la reproducción, la dieta inadecuada y la insuficiencia de los servicios de salud pública y asistencia médica.²⁹ puesto que la condición psicosocial y de la familia para ella sufre gradualmente debido a que puede ser desventajoso para ella ya que los hijos han crecido y ya no aceptan la autoridad de los padres, pérdida del empleo y reajuste de las relaciones de pareja. Este conjunto

de cambios en la situación familiar ha sido englobada por algunos autores como el síndrome del nido vacío ya que hace algunos años se encontró la influencia de la disminución de la autoridad de la mujer con la intensidad de los síntomas sintiendo un pobre papel en la toma de decisiones; aparte de la carencia de hormonas el factor más estrecho asociado con los síntomas es la residencia rural, por el hecho de que la vida en las comunidades rurales ofrecen menos oportunidades de desarrollo para la mujer así como la baja preparación escolar es también un factor que limita su capacidad para incorporarse a labores productivas, creativas o de proyección social.¹⁸

Así como el notable incremento de la esperanza de vida en la población general y particularmente en las mujeres, hace posible que un gran número de éstas logren rebasar la edad de la menopausia y vivan en la etapa postmenopáusica una cantidad considerable de años, actualmente en México la estimación de esperanza de vida es de 77.6 años, de ahí la trascendencia de mejorar la calidad de vida y atención en la salud de este grupo de mujeres.²⁷ Ya que la función familiar puede afectar la vivencia de la menopausia en la mujer se debe enfatizar en que el médico de familia conozca las particularidades de esta etapa, para que pueda establecer en cada mujer la conducta adecuada.²⁰

La sintomatología de la mujer climatérica depende de factores hormonales, psicológicos y socioculturales se calcula que aproximadamente el 85% de las mujeres presentan algún síntoma relacionado con la menopausia. Lock en un estudio realizado en Japón encontró una frecuencia del 67% Yokihen y Rautava en Finlandia con mujeres en la peri menopausia y postmenopausia alcanzaron una frecuencia de 55 al 58%, la casa Madrid que es una institución filantrópica que trabaja en la ciudad de México observo que en más del 70% de las mujeres en esta etapa presentan algún conflicto emocional de intensidad variable.^{20,27}

El presente estudio es factible por que se tiene acceso a las pacientes mediante la consulta externa y no fueron necesarios emplear recursos extras ni de alto costo, solo se requirió el apoyo de archivo, consultorio, recursos materiales , el trabajo del investigador y este nos va a permitir conocer el apoyo familiar que se presenta en las mujeres menopáusicas para hacer un esfuerzo para evitar la exacerbación de la sintomatología .⁶

1.11 Objetivos.

1.11.1 Objetivos generales.

Describir el apoyo familiar que tiene la mujer en etapa de menopausia que acude a la consulta externa del hospital regional de Nezahualcóyotl.

1.11.2 Objetivos específicos.

- * Identificar los factores socio demográfico como:
- * Determinar los grupos etáreos de la población estudiada.
- * Identificar los niveles de escolaridad de las pacientes estudiadas.
- *Identificar los tipos de estado civil de la población estudiada.
- * Identificar los años de convivencia con la pareja.
- * Determinar el número de hijos.
- * Identificar los conocimientos de la menopausia que tiene la población estudiada.
- *Identificar los cambios que la paciente siente en relación con su vida afectiva.
- * Identificar los cambios que la paciente expresa en relación con su vida personal.
- *Identificar los cambios que la paciente expresa en relación a su vida sexual durante la menopausia.

1.12 Hipótesis.

El presente estudio no requiere hipótesis ya que es un estudio cualitativo.

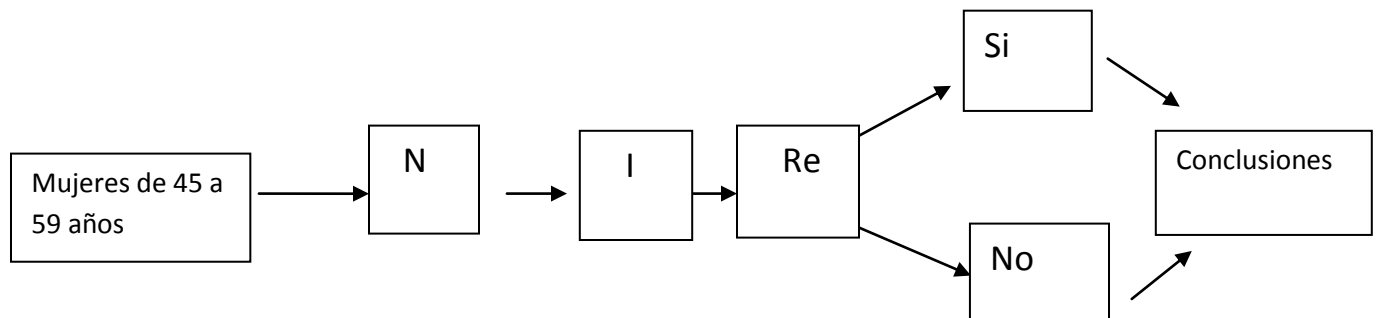
2. MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de estudio.

Cualitativo etnográfico

2.2 Diseño de investigación.

Este es un estudio cualitativo con una muestra de 20 mujeres que tuvieran pareja e hijos con trastornos acorde a la menopausia a las cuales se le practico un cuestionario, para conocer el nivel de conocimiento acerca de la menopausia que tenían las pacientes, y el apoyo familiar que ellas percibían de su familia.



N: 20 mujeres en el rango de 45 a 59 años de edad que acuden a consulta del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

I= Instrumento.

Re= Resultados

Si =Si hay apoyo.

No = No hay apoyo.

Conclusiones.

2.3 Población, lugar y tiempo.

El estudio se realizó en mujeres menopáusicas de 45 años a 59 años del hospital regional Nezahualcóyotl, que acudieron a la consulta externa en un período de septiembre 2012 al 29 febrero del 2013.

2.4 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

Se realizó una muestra no probabilística por conveniencia constituida de un total de 20 mujeres.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Inclusión:

- * Mujeres de 40 a 59 años de edad derechohabientes al ISSEMYM.
- * Con diagnóstico de menopausia fisiológica.
- * Que acudan a la consulta externa.
- * Que sepan leer y escribir.

Exclusión:

- * Mujeres que no sean derechohabientes al Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.
- * Con diagnóstico de menopausia quirúrgica.
- * Que no sepan leer y escribir.
- * Menores a 40 años o mayores a 59 años.
- * Que no autoricen carta de consentimiento informado.
- * Mujeres que no quieran participar en el estudio.

Eliminación:

Personas que no concluyan el cuestionario.

2.6 Variables.

Variable	Definición	Calificación	Fuente
Edad	Tiempo que lleva existiendo una persona desde su nacimiento.	Años	Cuestionario
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas.	femenino	Cuestionario
Estado civil	Situación de personas físicas determinadas por sus relaciones provenientes del matrimonio.	Soltera Casada Divorciada viuda Unión libre	Cuestionario
Familia de origen	Lugar donde ella nació		Cuestionario
Familia de procreación	La que ella formo con su pareja		Cuestionario
Escolaridad	Grado de estudio alcanzado por la persona.	primaria secundaria carrera técnica preparatoria licenciatura	Cuestionario

Años de vivir con su pareja	Tiempo en años que lleva conviviendo con su pareja en el mismo techo.		Cuestionario
Número de hijos	Nacidos de la unión de las parejas		Cuestionario
Sintomatología de la menopausia	Presencia de cambios fisiológicos y orgánicos en la mujer		Cuestionario
Redes de apoyo	Constructo simbólico que entretienen los sistemas y subsistemas humanos con el fin de satisfacer necesidades de diverso orden.	Si No	Cuestionario
Ocupación	Facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente	Hogar Trabajo fuera de casa	Cuestionario

2.7 Instrumentos para la recolección de datos.

El instrumento que se aplicó se construyó de acuerdo a las necesidades de la investigación, basándose en las definiciones presentadas para el término menopausia, fue auto aplicable de carácter abierto y no fue validado, el cual contenía los siguientes apartados; el primero, número de folio, fecha, edad, estado civil, escolaridad, años de vivir con su pareja y número de hijos, dichos datos tuvieron el fin de caracterizar a la población en estudio, el cuestionario se constituyó de VIII secciones.

2.8 Métodos para la recolección de datos.

Se estableció contacto directo con el responsable del hospital regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

Se identificaron a mujeres con diagnóstico de menopausia que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se dio plática informativa a las mujeres asistentes y se solicitó autorización por medio de consentimiento informado (anexo 1) para la aplicación del cuestionario, se explicó el motivo de la investigación y los alcances de esta, se aclararon dudas acerca de la investigación.

Se orientó acerca del cuestionario, con preguntas abiertas para la libertad de las respuestas. (anexo 2)

Se orientó sobre los servicios de salud que ofrece el hospital regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

2.9.- Prueba piloto.

No se realizó prueba piloto en este estudio.

2.10 Procedimiento estadístico.

Una vez recolectados los datos se procedió a realizar la captura de datos y el análisis se realizó en EXCEL 2003 de Microsoft Office. Para la caracterización de la población se utilizó estadística descriptiva con medidas de resumen, y para el análisis de la información se utilizó una perspectiva cualitativa.

La población objeto de estudio, comprendió a mujeres en un rango de edad de 40 a 59 años con familia y que acudieron a la consulta externa del hospital regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

2.10.1 DISEÑO Y CONSTRUCCION DE BASE DE DATOS

Previa recopilación de la información de los cuestionarios, se elaboró una base de datos en sistema computarizado EXCEL.

2.10.2 Análisis cualitativo.

Las fases desarrolladas en el proceso de análisis, han sido indicadas por varios autores, sin embargo, siguiendo a Miles y Huberman (1994), es posible distinguir tres etapas fundamenta

Proceso de análisis de (miles y huberman):

1.-obtener la información, entrevista a profundidad estructurada, semiestructurada, notas de campo y observaciones.

2.-capturar, transcribir y ordenar la información:

*registro de la realidad.

*su plasmación material.

*proceso de elaboración conceptual.

3.- interpretar y estructurar datos:

a. reducción de los datos (separación de unidades, identificación y clasificación de los elementos y síntesis)

b. presentación de datos: matrices.

c. obtención y verificación de conclusiones.

d. verificación de conclusiones.

Fuente Rodríguez y gil, metodología de la investigación cualitativa, 1996.

Descripción de las etapas.

Obtener información:

Se procedió a establecer contacto con las personas responsables del hospital regional ISSEMYM Nezahualcoyótl y solicitar autorización para la aplicación de entrevista estructurada, la cual fue contestada por las propias participantes.

Capturar, transcribir y ordenar la información.

Los datos obtenidos son un elemento complejo que proporcionan un determinado tipo de información, aun que por sí mismos no son suficientes para aclarar la

realidad del estudio, estos constituyen solo el material en bruto a partir de la cual el investigador elabora un proceso conceptual, todo esto con el fin de obtener significados de determinadas realidades.

En la investigación cualitativa cuando nos referimos al dato, es necesario destacar una serie de fases como:

- Aplicación de cuestionario.
- Transcripción textual de la información registrada.
- Sometimiento de la información de la información a procesos de elaboración conceptual en las que intervienen la percepción del investigador, sus conocimientos previos sobre el objeto de estudio y su interpretación.

Interpretar y estructurar datos.

Durante el curso de la investigación se obtiene abundante información.

Es necesario de primer instancia la reducción de datos para hacerla abarcable y poder manejarla de manera adecuada.

a. reducción de datos.

Este proceso de reducción de datos, supone descartar o seleccionar para el análisis parte de la información obtenida, a través de tareas como la separación de unidades, la codificación/categorización o el agrupamiento.

De esta manera los datos obtenidos, se descomponen en segmentos o unidades de análisis que se agrupan en categorías con base en alguna propiedad, estructura o elemento en común.

Llamamos categorías a los constructos abstractos que constituyen los conceptos del material empírico.

Las categorías a emplear pueden estar predefinidas por el investigador o por el contrario pueden surgir a medida que se analizan los datos, como fue el caso de esta investigación.

El sistema de categorización construido, cumple con las características de las categorías propuestas por Rodríguez, Gil y García (1996), a saber: exhaustividad:

Cubre todas las unidades diferenciadas de los datos, único principio clasificatorio: ya que están ordenadas desde un único criterio de ordenación y clasificación; objetividad: las categorías son intangibles para cada uno de los codificadores;

pertinencia: las categorías son relevantes respecto de los objetivos del estudio y adecuadas al contenido analizado.

La codificación, es el proceso físico de la operación concreta en la que se asigna a cada unidad de información una etiqueta o código que señala la categoría a la que pertenece, es un proceso recurrente que implica no solo reconsiderar las unidades previamente categorizadas, sino también proponer categorías adicionales que pueden ser consolidadas modificadas o suprimidas a partir de la comparación de los datos.

A medida que se avanza en el proceso de análisis, se pueden distinguir sub-categorías (codificación axial), con el fin de formar explicaciones más precisas y completas sobre el fenómeno de estudio.

b. Presentación de datos.

En el análisis de datos cualitativos, la disposición y transformación de datos, es definida como un ensamblaje comprimido y organizado de información que permite facilitar la mirada reflexiva a través de presentaciones concentradas, como pueden ser resúmenes estructurados, sinopsis, croquis, diagramas entre otros.

Miles y Huberman (1994) contemplan el diseño de matrices donde se pueden plasmar distintos tipos de información expresada por fragmentos de textos, citas, abreviaciones o figuras simbólicas.

Las matrices consisten en tablas de doble entrada, que puede albergar diferentes tipos de información de acuerdo con, los aspectos especificados por filas y columnas. Elaborar matrices para plasmar los datos obtenidos a partir del análisis, es de gran utilidad debido a que permiten mostrar una amplia información estructurada y de forma simultanea.

c. Obtención y verificación de conclusiones.

Hace referencia al proceso orientado a encontrar sentido a los datos. En efecto, una vez establecidos un conjunto de elementos, se debe relacionar entre sí para poder elaborar una explicación integrada con relación a los objetivos de estudio.

Goetz y LeCompte (1988), proponen algunas estrategias para la interpretación de * Síntesis de los resultados como los obtenidos por otros investigadores. Supone para ello comparar, contrastar y establecer relaciones con los resultados alcanzados.

2.11 Cronograma de actividades

Actividad	2011		2012			2013	
	Marzo Septiembre	Octubre febrero	Marzo abril	Mayo Junio	Julio diciembre	Enero	Febrero
Elección del tema de investigación	**	**					
Recopilación bibliográfica		**					
Elaboración de protocolo			**	**			
Aplicación de encuestas					**	**	
Análisis de resultados							**
Elaboración informe final							**
Ajustes finales							**
Entrega de tesis							**

2.12 Recursos

2.12.1 Recursos humanos.

Los cuestionarios fueron aplicados por el investigador principal.

2.12.2 Recursos materiales.

Cuestionarios impresos, hojas de consentimiento informado, hojas blancas, tinta para imprimir, impresora computadora, plumas, lápices, borrador, grapas.

2.12.3 Recursos físicos.

Consultorio del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl sillas, escritorio.

2.12.4 Financiamiento.

Estudio autofinanciado.

2.13 Consideraciones éticas.

1.-La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

2.-En la investigación médica, es deber del médico es proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Lo anterior se encuentra estipulado en la declaración de principios éticos de investigación médica (declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª. Asamblea medica Mundial Helsinki, una propuesta de principios éticos).³⁰

3.-De acuerdo a lo establecido en la “Ley General de Salud”, en el título 5º, capítulo único, con respecto a la investigación para la salud en el Artículo 100, menciona que la investigación en seres humanos:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Se considera las siguientes categorías:

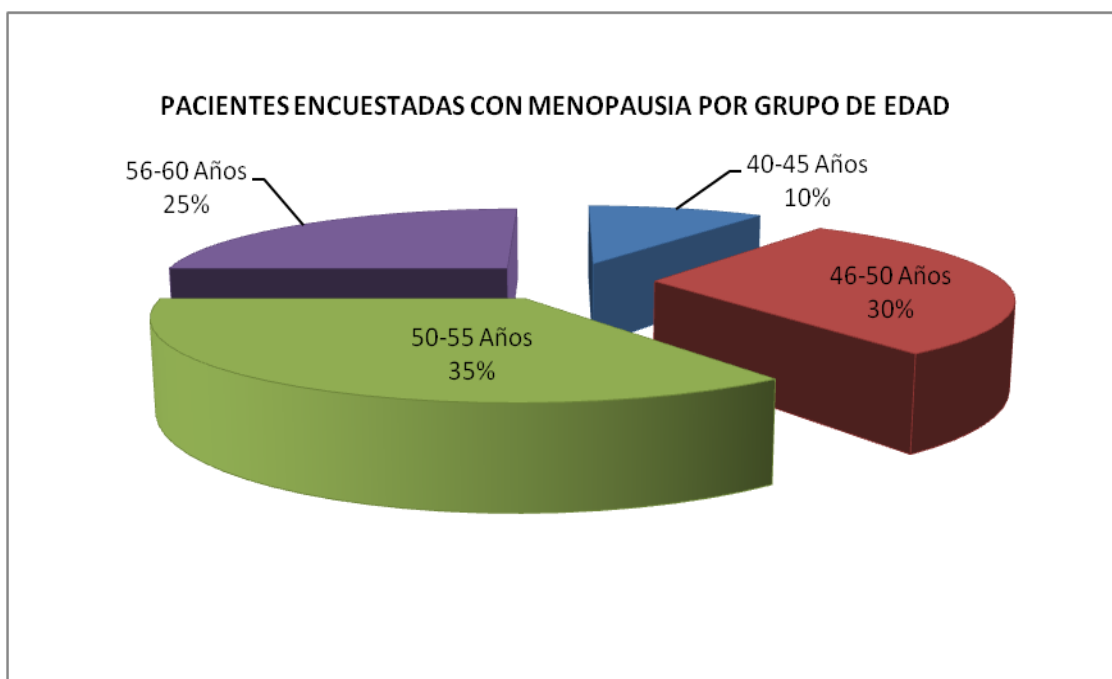
- Investigación sin riesgo: La posibilidad de causar alteración física o psicológica en el sujeto es muy remota: investigación documental; de tipo descriptivo, observacional y sin manipulación.
- Investigación de riesgo mínimo: Estudios donde se emplean procedimientos comunes; exámenes físicos, psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios.
- Investigación con riesgo mayor al mínimo: Investigaciones en las que la probabilidad de afectar al sujeto es significativa.

Por lo anterior mencionado este estudio se considera sin riesgo.

4.- El investigador principal informo a las mujeres del estudio los motivos del estudio así como aseguro su confidencialidad, y dio a conocer carta de consentimiento informado la cual fue aceptada y firmada y posteriormente se inicio la aplicación del cuestionario.³⁰

3. RESULTADOS:

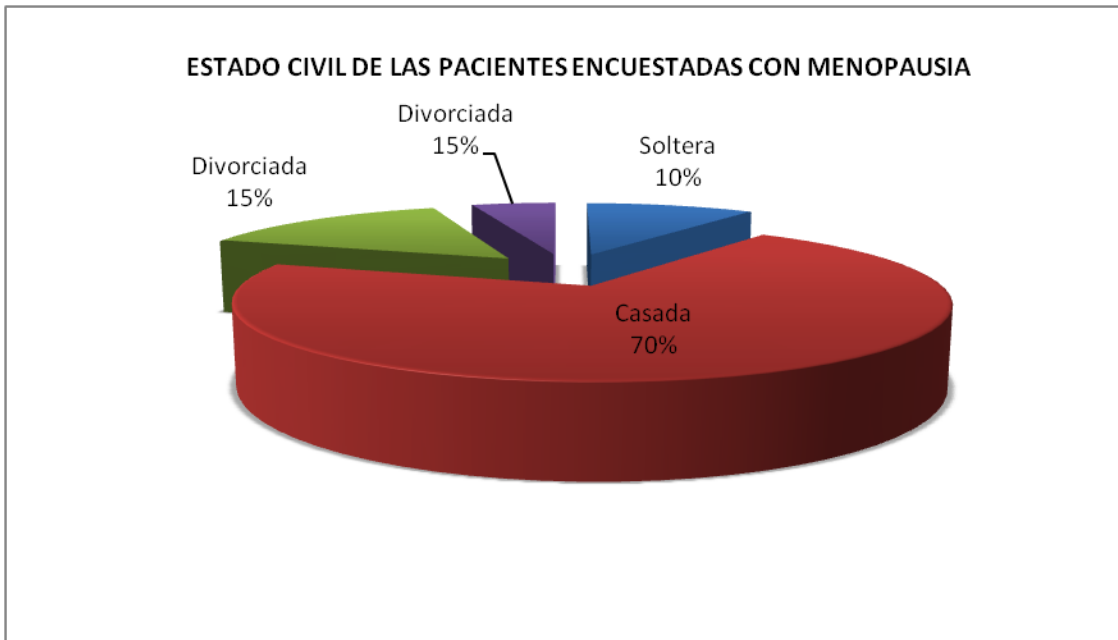
GRAFICA 1



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

Dentro del grupo de pacientes encontramos 2 mujeres entre 40 a 45 años lo que corresponde al 10% de nuestra población estudiada, en el grupo de 46 a 50 años tenemos 6 pacientes lo que corresponde del 30%; en el grupo de 50 a 55 años tenemos 7 pacientes lo que corresponde a un 35% y finalmente en el grupo de 56 a 65 años tenemos a 5 pacientes lo que corresponde al 25% de la población estudiada.

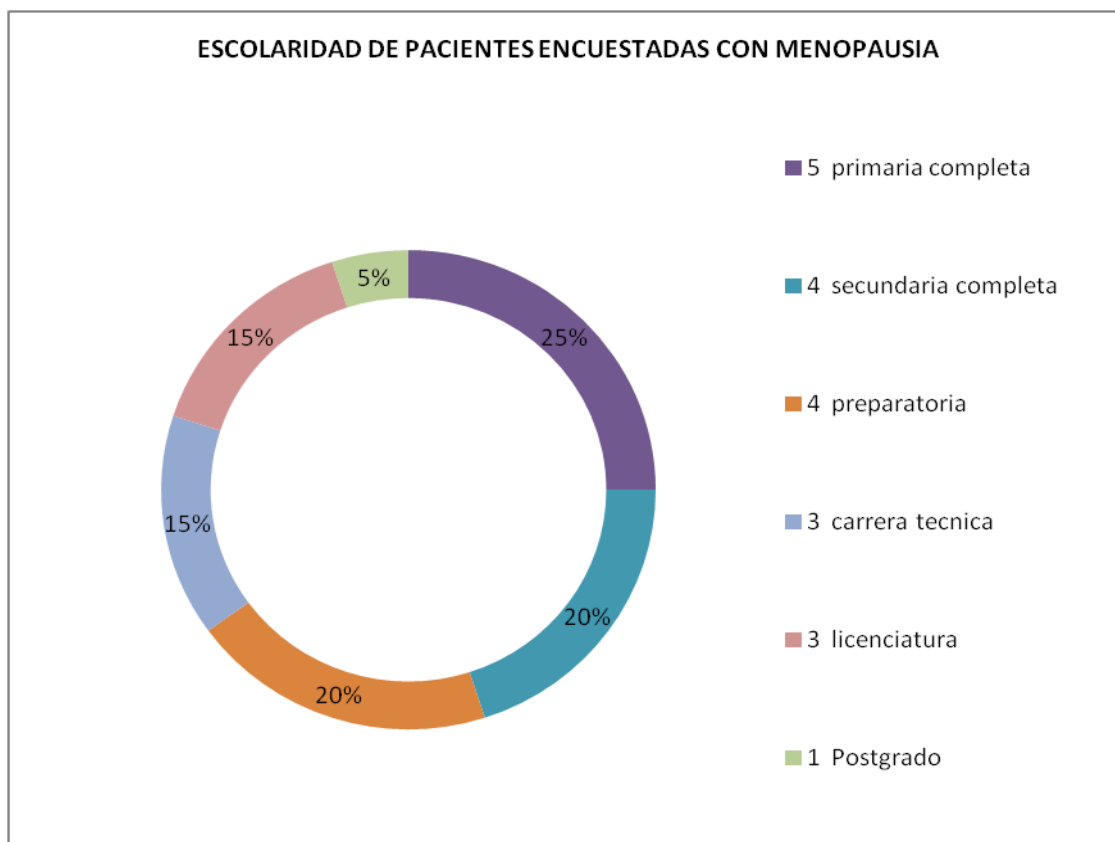
GRAFICA 2



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

Dentro del estado civil encontramos diferentes situaciones de nuestras pacientes; así tenemos 2 solteras que corresponden al 10% de la población estudiada, tenemos 14 pacientes casadas que corresponde al 70% 3 divorciadas que corresponde al 15% y una mujer en unión libre que se corresponde al 5% de nuestra población estudiada.

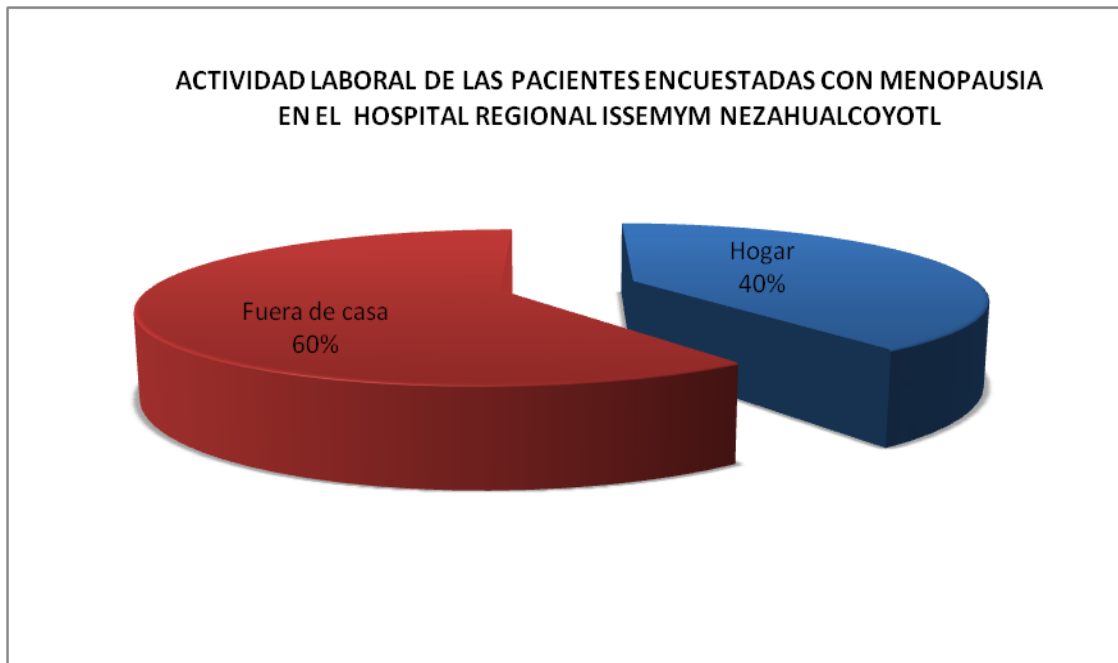
GRAFICA 3



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

En el rubro 3 que se refiere a escolaridad encontramos que no tenemos pacientes analfabetas, la escolaridad de nuestra población inicia con primaria completa con 5 pacientes lo que corresponde al 25% de nuestra muestra, 4 pacientes con secundaria lo que corresponde al 20%, 3 mujeres con carrera técnica lo que corresponde al 15%, 4 mujeres con preparatoria lo que corresponde a un 20%, tenemos 3 mujeres con licenciatura lo que corresponde al 15% y 1 paciente con postgrado que corresponde al 5% de nuestra población en estudio.

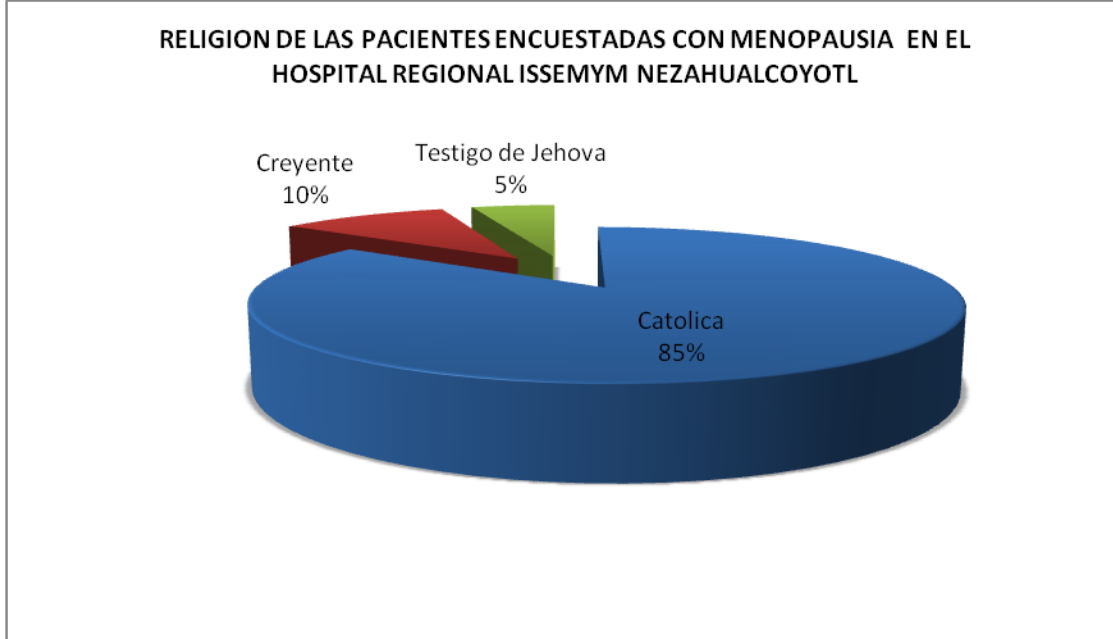
GRAFICA 4



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

En relación a la actividad laboral tenemos que 8 mujeres se dedican exclusivamente a actividades dentro del hogar lo que corresponde al 40% de nuestra población en estudio y 12 pacientes que tienen actividades laborales fuera de su hogar y que corresponden al 60%.

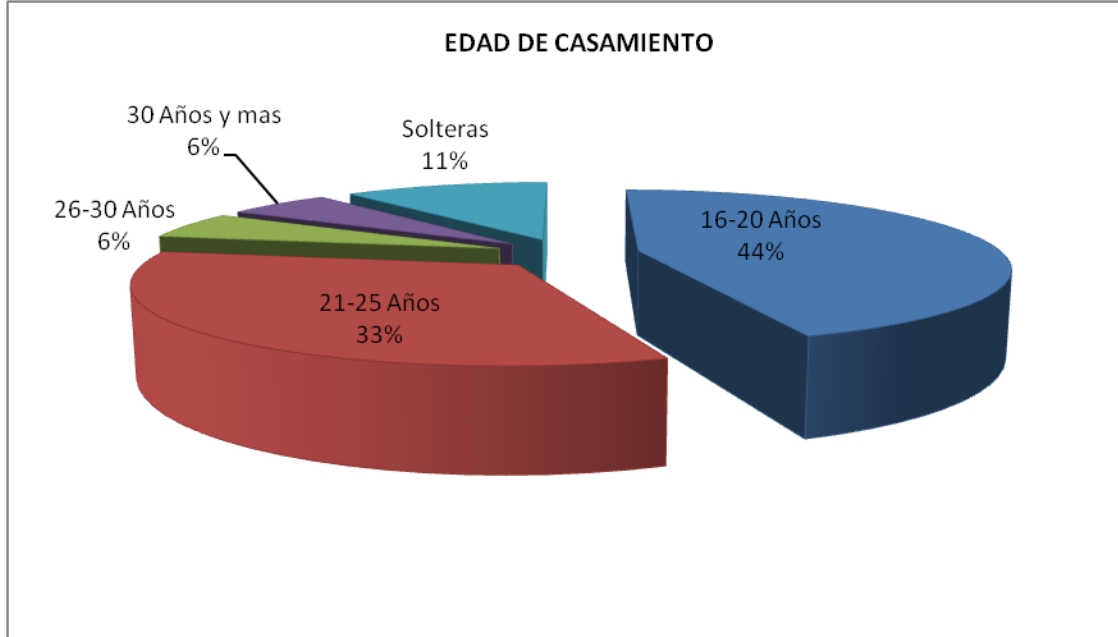
GRAFICA 5



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

La religión es un factor que también se estudio para esta muestra encontrando 17 católicas lo cual corresponde al 85%, 2 creyentes que corresponden al 10% de nuestra población estudiada y 1 testigo de Jehová que corresponde al 5%.

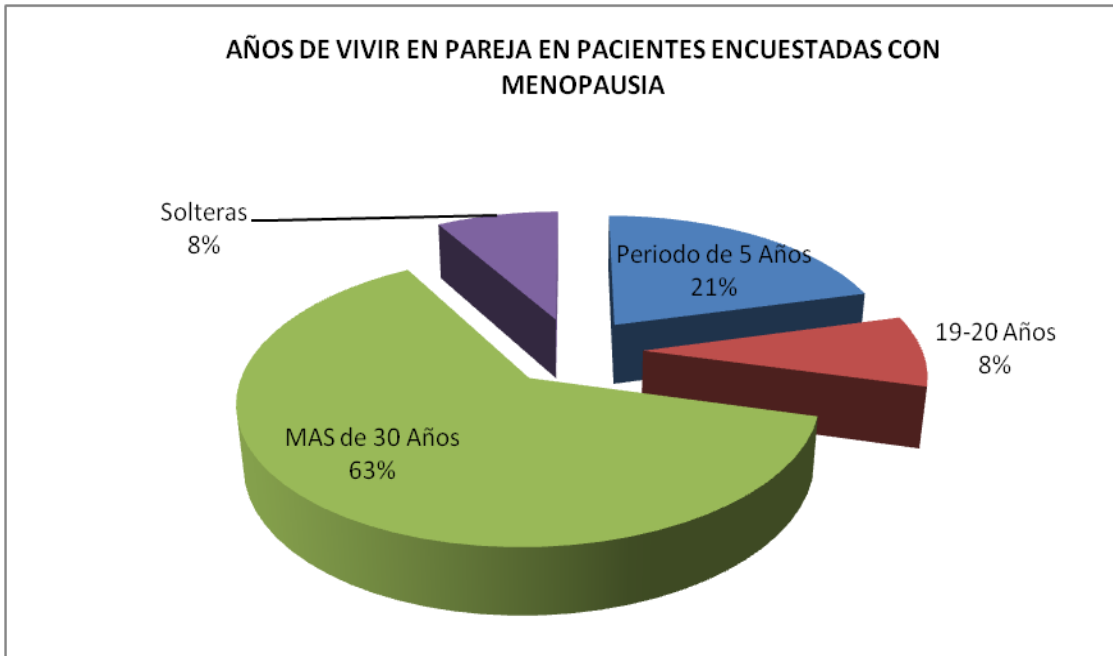
GRAFICA 6



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

En relación a este rubro tenemos que 8 mujeres se casaron entre los 16 y 20 años lo que corresponde al 40%, 6 mujeres en el grupo de 21 a 25 años correspondiendo al 33% en el grupo de 26 a 30 años tenemos 1 mujer que corresponde al 5% y 1 mujer que se caso después de los 30 años que corresponde al 5% y finalmente 2 mujeres solteras que corresponde al 10%.

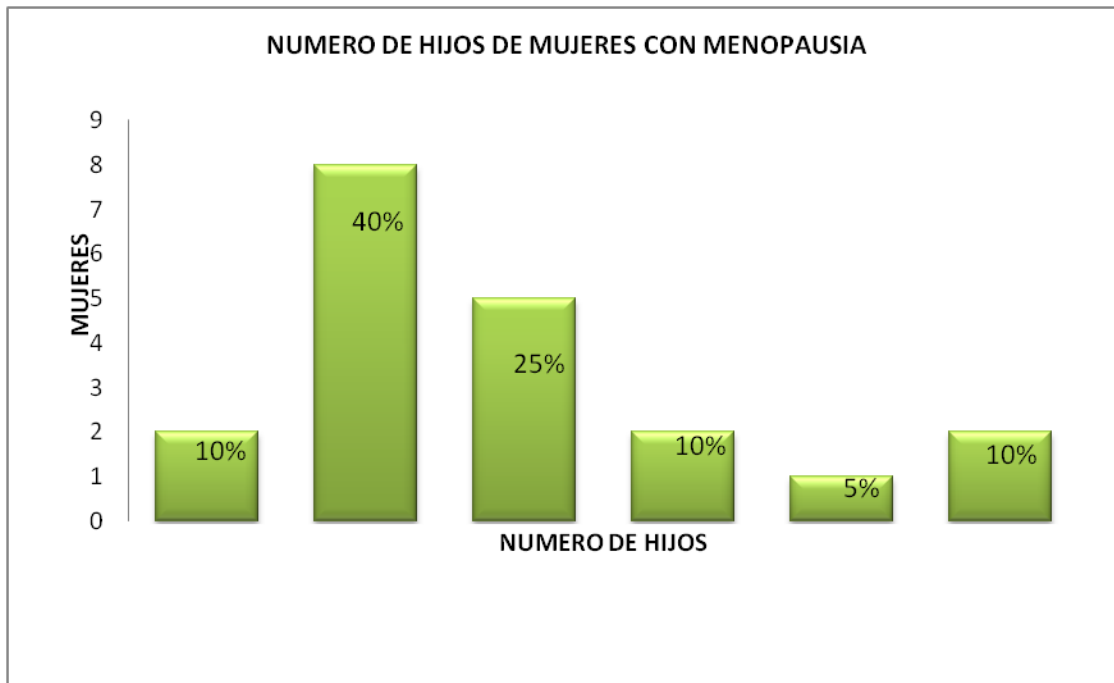
GRAFICA 7



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

Tenemos 1 mujer con un periodo de 5 años viviendo con su pareja lo cual corresponde al 5%, 2 mujeres con un periodo de 19 a 20 años lo cual corresponde al 10% y las 15 restantes con más de 30 años correspondiente al 75% y finalmente tenemos 2 mujeres solteras las cuales corresponden al 10% de nuestra población en estudio.

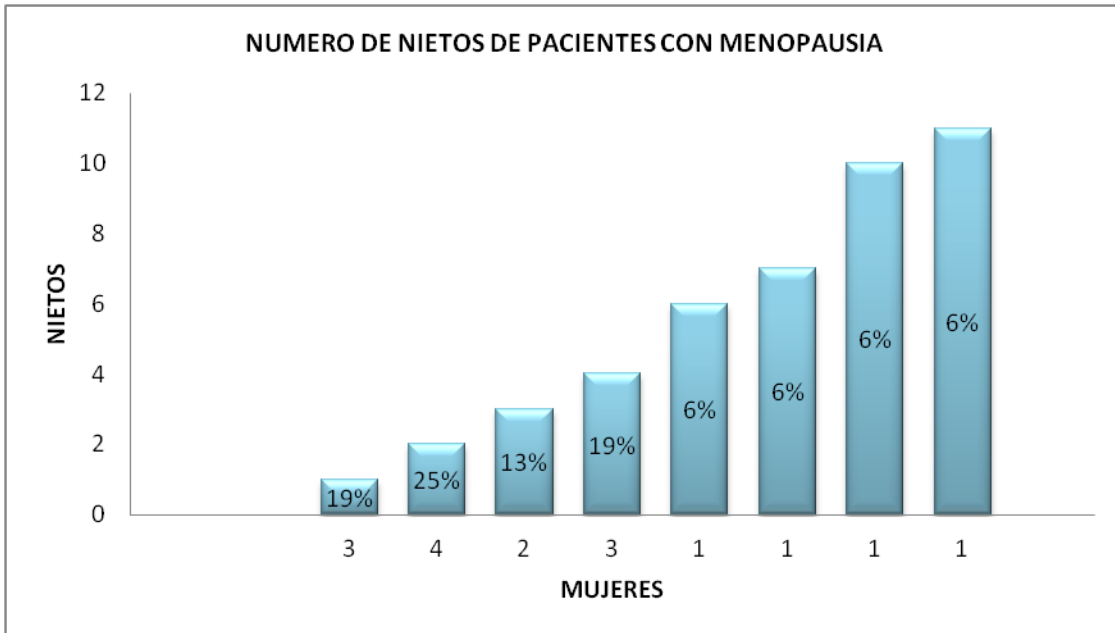
GRAFICA 8



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

En relación al número de hijos tenemos 2 mujeres que tienen 1 hijo lo que corresponde al 10%, 8 mujeres tienen 2 hijos lo que corresponde al 40%, 5 mujeres tienen 3 hijos que corresponde al 25%, 2 mujeres tienen 4 hijos que corresponden al 10%, 1 mujer tiene 5 hijos que corresponden al 5% y 2 mujeres tienen 6 hijos que corresponden al 10%.

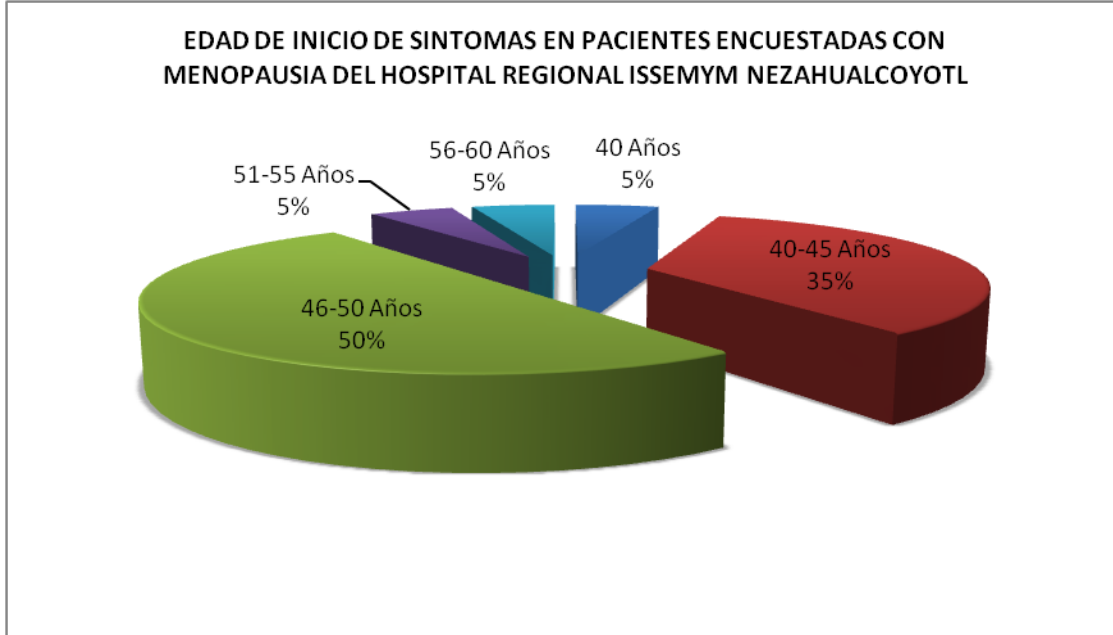
GRAFICA 9



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

En este rubro encontramos que 4 mujeres no tienen nietos lo que corresponde al 20%, 3 mujeres tienen 1 nieto lo que corresponde al 15%, 4 mujeres tienen 2 nietos que corresponden al 20%, 2 mujeres tienen 3 nietos que corresponden al 10%, 3 mujeres tienen 4 nietos que corresponden al 15%, en la de 5 nietos tenemos 0 mujeres, 1 mujer tiene 6 nietos que corresponde al 5%, 1 mujer tiene 7 nietos que corresponde al 5% y 1 mujer tiene 10 nietos que corresponde al 5% y 1 paciente con 11 nietos que corresponde al 5%.

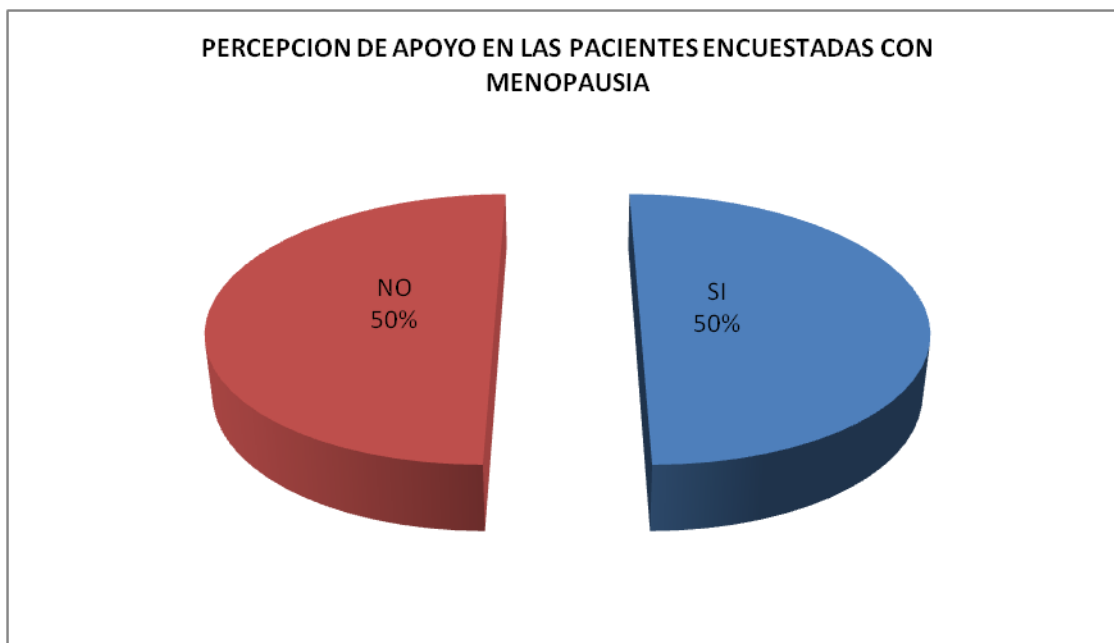
GRAFICA 10



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

En relación al inicio de síntomas tenemos a 1 paciente que inicio con menos de 40 años lo que corresponde al 5%, 7 pacientes iniciaron entre los 40 a 45 años lo que corresponde al 35%, 10 pacientes iniciaron en un periodo de 46 a 50 años que corresponde al 50%, 1 mujer inicio entre los 51 a 55 años lo que corresponde al 5% y 1 mujer entre los 56 y 60 años lo que corresponde al 5%

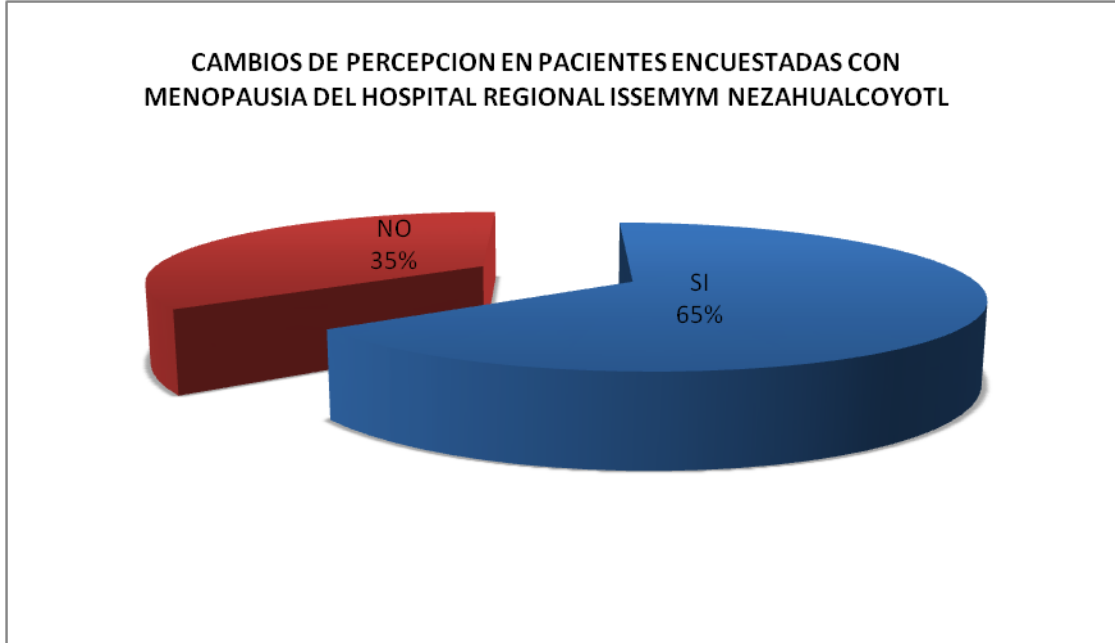
GRAFICA 11



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

En este rubro tenemos 10 mujeres que refieren sí percibir apoyo lo cual corresponde al 50% de nuestra mujeres encuestadas con menopausia y otras 10 que refieren sentirse solas siendo el 50% restante de nuestras mujeres encuestadas.

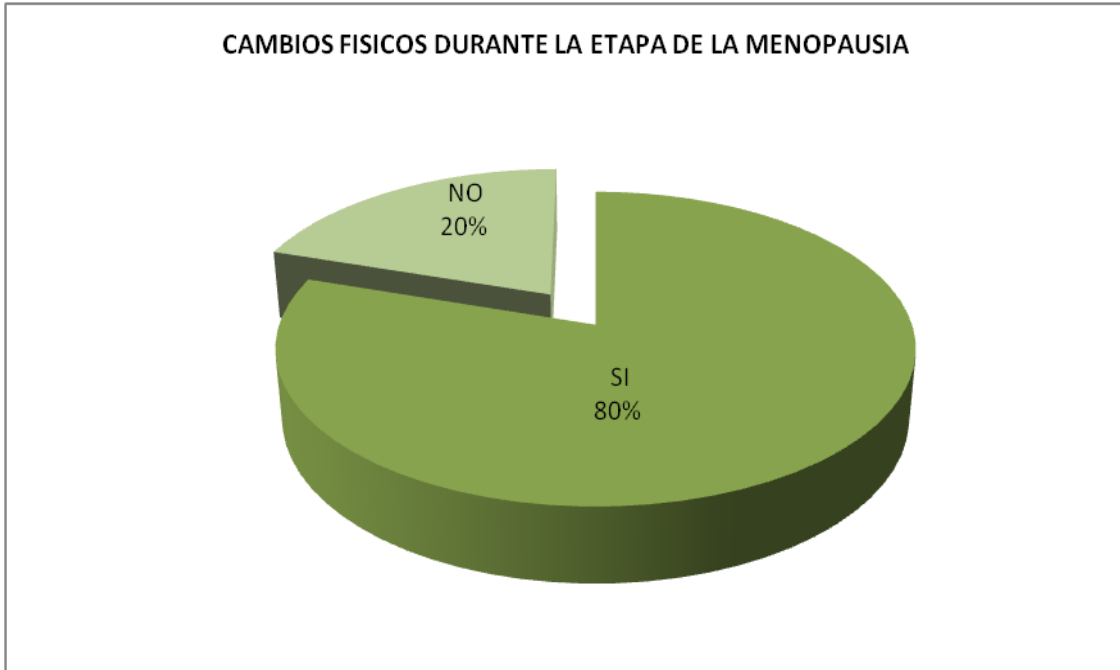
GRAFICA 12



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

Tenemos 13 mujeres que si sentían diferentes antes de la menopausia lo cual corresponde al 65% y 7 mujeres que siguen sintiéndose igual lo que corresponde al 35%.

GRAFICA 13



FUENTE: Entrevista realizada en el ISSEMYM Nezahualcóyotl

En este rubro tenemos 16 mujeres que refieren haber presentado cambios físicos importantes correspondiendo al 80% de nuestras mujeres encuestadas y 4 mujeres no refieren cambios lo cual corresponde al 20%.

4. DISCUSION

Para este trabajo se realizo una entrevista de acuerdo a un cuestionario realizado por el investigador para que en todos los casos se llevara a cabo el mismo formato de preguntas.

Esta entrevista cuenta con una ficha de identificación, en un segundo apartado se exploro familia de origen, en el tercer apartado se investigo sobre la presencia de la menopausia en la vida de la entrevistada, en el cuarto apartado se explora identidad y autoestima y un quinto apartado se habla del diagnóstico de esta etapa de su vida, en el siguiente apartado se habla de la relación médico paciente, en un séptimo apartado se hablo de apoyo familiar y en un apartado final se hablo de expectativas.

Con esta entrevista se evaluó la identidad que tiene el narrador así como su relación social y comunitaria, siendo esto de gran interés ya que aunque el entrevistado no se da cuenta de estas interrelaciones estas existen en todos los casos y forman parte de la respuesta que se presenta ante una situación dada. Dando origen a la conducta a seguir y a la manera en que se escoge una respuesta para resolver una problemática.

En general los pacientes entrevistados se mostraron cooperadores para participar en este proceso, ya que refieren que necesitaban un espacio para ser escuchados ya que algunas de ellas no tenían o no sentían la confianza con quien comentarlo ; en relación a la edad vimos que hay una oscilación entre los 40 y 60 años lo que concuerda con las estadísticas del país en relación a la edad en que se presenta esta etapa de la vida.⁴⁷

En relación al estado civil 18 de las 20 entrevistadas han vivido con parejas estables lo que nos habla del ámbito social y familiar de las mismas.

La escolaridad es también un factor importante en este trabajo ya que por llevarse a cabo en una institución que da atención a trabajadores del estado ninguna de las entrevistadas era analfabeta e incluso tuvimos una paciente con nivel de postgrado lo que nos facilito la comunicación y la exploración de sus sentimientos.

Dentro de la ocupación de la paciente encontramos 8 mujeres dedicadas al hogar y 12 mujeres que trabajan fuera del hogar algunas son empleadas y otras profesionistas en las que encontramos que cuentan con más redes de apoyo durante esta etapa; ya que platican con sus compañeras de trabajo sobres sus síntomas. (Fuente: de cuestionarios realizados).

En relación a la religión de las 20 pacientes entrevistadas encontramos 1 mujer católica, 2 mujeres creyentes y una mujer testigo de Jehová de las cuales algunas buscaron la religión como una red de apoyo

Con respecto a la edad en que las pacientes se casaron encontramos 2 mujeres solteras, 8 mujeres se casaron en rubros de edad entre los 16 a 20 años y 8 mujeres que se casaron entre los 21 a 25 años de edad, una mujer que se caso entre los 26 a 30 años de edad y una sola mujer la cual se caso después de los 30 años de edad.

En relación a los años de vivir con su pareja encontramos a 1 mujer con un lapso de 5 años viviendo con su pareja, 2 mujeres de 19 a 20 años de vivir con sus parejas y las 15 restantes con más de 30 años de vivir con su pareja.

En el número de hijos hay 2 mujeres con un solo hijo, un grupo mayoritario de 8 mujeres que cuentan con 2 hijos, así como 5 mujeres con 3 hijos, 2 mujeres con 4 hijos y un grupo de 2 mujeres con un número de 6 hijos.

En el apartado de cuantos nietos tienen nuestras mujeres entrevistadas del hospital regional ISSEMYM Nezahualcóyotl encontramos a 4 mujeres que no tienen nietos, 3 mujeres con 1 nieto, 4 mujeres con un número de 2 nietos, 2 mujeres con 3 nietos, 3 mujeres con 4 nietos, 1 mujer con 6 nietos, así también 1 mujer con 7 nietos, 1 mujer con 10 nietos y por último 1 mujer con un número de 11 nietos.

Con respecto a la edad en que iniciaron con sus síntomas, una mujer inicio a la edad menor de 40 años, un grupo de 7 mujeres la cuales iniciaron entre los 40 a 45 años de edad, 10 mujeres las cuales iniciaron entre los 46 a 50 años de edad, tenemos 1 mujer la cual inicio su periodo de síntomas entre los 51 a 55 años de edad, así como también 1 sola mujer entre los 56 a 60 años de edad.

En el rubro de si la mujer siente apoyo por parte de su familia en esta etapa de la menopausia encontramos 10 mujeres que si perciben apoyo, siendo la familia una de sus principales redes de apoyo y otro grupo de 10 mujeres que se sienten solas.

En el apartado II de familia de origen de nuestras entrevistas, encontramos que 8 pacientes si cuentan aún con su madre y en 12 casos la madre ha fallecido, 18 tienen hermanas y 2 no; en el caso de todas ellas 15 de sus familiares ya han vivido la menopausia y 5 no. De las pacientes encuestadas aquellas que tienen el antecedente con familiares que ya han tenido la menopausia se sienten con menos dudas sobre esta y con más apoyo familiar.

“Mi madre tenía cambios drásticos en su estado de ánimo
ahora entiendo por lo que paso”

Entrevista realizada por Wendy Bazán junio 2012.

En el rubro III de la presencia de la menopausia en la vida de las pacientes 13 de ellas se sienten diferentes manifestando entre sus emociones las de tristeza, estrés, sintiendo está como una etapa difícil de la vida; 7 refieren no tener cambios en esta etapa y refieren seguir sintiéndose normales y alegres; en el aspecto emocional también se presentaron cambios en 14 pacientes y solo en 6 casos no, dentro de estos cambios se encuentra la labilidad emocional sobre todo en el área de llanto fácil y la presencia de tristeza en su vida por lo que todas ellas cambiaron el significado de esta etapa de su vida encontrando que se auto clasifican como depresivas en 15 de ellas (8 mujeres se sienten deprimidas y 7 simplemente aceptan su etapa); y con madurez emocional en 5 casos.

En 16 casos reportan cambios físicos importantes entre los que sobresale sobrepeso cambios en su autoestima, cambios de humor y sudoración nocturna solo en 4 casos no reportan cambios físicos importantes así tenemos estas declaraciones:

“Todas tenemos que pasar por ahí “

“Una etapa triste sin sentido hasta de vivirla”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En el apartado III de autoestima e identidad en relación a la pregunta.

¿Cómo eran antes de la menopausia?

Se encontró a 15 mujeres que se consideraban alegres y fuertes, 4 mujeres que refieren seguir cursando una etapa normal y una mujer que se refiere a sí misma que se sentía bonita.

“Más alegre más llevadera; me sentía ahí con fuerzas de luchar”

“Alegre no tenia tantos problemas familiares”

“Me sentía bonita, alegre sentía que podía hacer todo”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En la pregunta de ¿Cómo ha cambiado su idea de sí misma?

12 mujeres se consideran con madurez emocional, 8 están con baja autoestima

“Que ya no soy la misma que era ya no sirvo

para nada ni para nadie”

“En que tengo que echarle ganas

no quiero hundirme”

“Tristeza”

“No ha cambiado nada”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En el aspecto de ¿Cómo ven ellas su presente y su futuro?

9 mujeres consideran su vida estable, 6 mujeres con tristeza ya que se ven solas y 5 mujeres tienen miedo en su presente incrementándose aún más para su futuro.

“Lleno de problemas que yo misma me busco

en mi futuro me veo vieja sola

sin nadie conmigo”

“Con resentimiento”

“Un poco precario debido a la obesidad”

“Mi presente mal y mi futuro peor por estar vieja y enferma”

“Sola y triste”

“Mi presente traumático, futuro tengo fe en dios que cambiara”

“Con algunos cambios por la edad”

“Con mas nietos con trabajo y salud”

*“presente: Estoy en una etapa que tengo mucho tiempo para mí
y hago lo que me gusta, en el trabajo lo siento muy gratificante
mis relaciones interpersonales con mi familia están muy bien
me veo jubilada a gusto con la vida con mucho tiempo para mí”
Entrevistas realizada por Wendy Bazán junio 2012.*

En la pregunta 4 de ¿Cómo ha cambiado su relación de pareja?

Tenemos 14 mujeres con presencia de rechazo e infidelidad por parte de su pareja y 6 mujeres que se consideran estables.

“Es igual trabajo mucho”

“Creo que bien; vivimos separados pero hay buena relación por los hijos”

“Más que cambios ha habido acoplamiento el uno con el otro, nos
aceptamos como somos”

“Sigue normal, no vivimos juntos”

“No tener intimidad por mis cambios de conducta”

“Aspectos sexuales y de convivencia”

“La mayor parte discutiendo”

“Nos enojamos mucho me incomoda tener relaciones”

“No quiero que me toque, me lastima”

“Un poco a veces no me comprende, nos peleamos con frecuencia”

“Si, nos separamos”

“En que ya no tengo ganas a veces ni de que se me acerque”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En el aspecto de interrelación familiar los resultados arrojaron 8 mujeres que si se sienten apoyadas por sus parejas, hijos, nueras, yernos, nietos, madres, hermanas y otros.

“Ha sido igual solo que ahora hay más acompañamiento

con mi madre y mis hermanas, un acompañamiento recíproco”

“No tiene ningún cambio, con mis hijos todo es igual

con mi pareja si tuvo un cambio”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Y encontramos 12 mujeres que se sienten incomprendidas por su familia.

“En que ya no quiero acudir a ningún lado”

“Un poco más de riñas”

“Me caen gordos”

“Me tiran de loca y a veces salimos mal”

“Regular porque dicen que estoy hormonal”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Así también a nuestras mujeres que colaboraron con este estudio se les pregunto sobre su estado emocional actual si se sienten señaladas encontrando una cantidad de 10 mujeres que respondieron si sentirse señaladas e incluso agredidas y otro grupo de 10 mujeres que no se sienten señaladas por su menopausia.

“No para nada; siempre he sido muy expresiva

muy cálida, no me cuesta trabajo relacionarme
con las personas”

“Creo que si”

“Por mi esposo”

“Si muy seguido por dos de mis hijos”

“Si por mi esposo dice que estoy loca”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En el aspecto de como esperan nuestras entrevistadas: que su familia actúe en esta etapa que están cursando; 18 mujeres anhelan que respondan con apoyo y 2 mujeres consideran que de acuerdo a la mala dinámica familiar se sienten sin apoyo.

“Ellos no van actuar por mí”

“Qué me comprendan por mi mal humor”

“Qué me toleren más, que me amen”

“No lo había pensado pues es una etapa
normal en la mujer que para mí no afecta en nada”

“Me gustaría que fueran más comprensivos”

“Qué me apapachen mucho”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En la sección V del cuestionario que se refiere al diagnóstico en relación a quien le hizo el diagnóstico a nuestras mujeres tenemos: que en 9 casos fue el médico familiar, 4 fue por el ginecólogo y en 7 casos ningún profesional de la salud; con respecto a este mismo en 15 casos el diagnóstico fue por clínica y en 5 casos por laboratorio.

Al preguntarles si ¿Al conocer su diagnóstico cambiaron sus expectativas en relación a su calidad de vida, en especial en su salud? La mitad de nuestras pacientes contestaron que si tenían miedo de cambiar su calidad de vida ya que temían aumentar sus posibilidades de enfermarse, de lo cual se muestra el siguiente comentario:

“No, pienso que ese momento tenía que llegar”

“Si porque en lo sexual va a cambiar bueno eso me han contado”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En la sección VI que abarca la relación médico paciente con la pregunta ¿cómo le dijo su médico que estaba en la menopausia? Se obtuvo el siguiente resultado:

6 mujeres no tuvieron apoyo médico siendo su diagnóstico de forma despectiva, 7 mujeres de manera comprensiva y 7 mujeres que no acudieron al médico por sus síntomas, encontrando las siguientes expresiones:

“Así como son los doctores de crueles”

“Que teníamos que esperar un año”

“Por el perfil hormonal”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Encontrando 6 médicos familiares y 1 ginecólogo que dieron información de manera empática y comprensiva a la paciente así también 4 ginecólogos y 2 médicos familiares que dieron su información de manera despectiva.

Se les pregunto ¿Si el médico les explico en qué consistía esta etapa? Respondiendo 12 mujeres que si de manera favorable y suficiente y 8 mujeres las cuáles respondieron que no.

Mencionando:

“Me explico que mis hormonas estaban cambiando
y que presentaría cambios constantes”

“Pues si porque entendí que mi cuerpo envejeció
más y me he enfermado seguido y me he
puesto triste porque ya no produciré hormonas”

“No solo lo que veo en los medios de comunicación”

“Más o menos por las prisas me dijo todo es normal”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En esta misma sección se les realizó la pregunta ¿Cómo reaccionaron ante esta etapa?

10 de nuestras mujeres respondieron con resignación y madurez, mientras tanto otras 10 reaccionaron con depresión de lo cual los comentarios fueron los siguientes:

“Con mucha inteligencia manteniéndome ocupada y no preocupada”

“Normal es una etapa que tengo que pasar “

“Pues al principio bien porque creí que ya no tendría los cambios que estaba teniendo pero no fue así”

“Llore ¿porque a mí?”

“Me espante”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Al preguntarles ¿Si su médico les ofreció alternativas de solución? 12 nos respondieron que si en su mayoría con terapia hormonal de reemplazo y 8 no se les ofreció tratamiento.

“Si claro y de hecho acudí con otro médico y me confirmo lo mismo y me dio más alternativas”

“Si, la tibolona”

“Si, con terapias”

“Si, pero no las necesito porque me siento bien”

“No, solo dijo que si me sentía mal acudiera a él, que era normal”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

A su vez nos surgió la duda sobre si ¿su médico tratante las había tomado en cuenta sobre esta etapa? De lo cuál 13 mujeres respondieron que sí.

“Si es el primer médico que me hizo caso”

Entrevista realizada por Wendy Bazán junio 2012.

Y 7 mujeres nos respondieron que no.

En el apartado VII de apoyo familiar; en la interrogatorio de si nuestras mujeres le comentaron a sus parejas que estaban cursando la etapa de menopausia 12 nos respondieron que sí, mientras tanto 8 lo reservaron para ellas llamando la atención que solo una de nuestras pacientes les conto a sus hijos y no a su pareja.

Sobre la reacción de sus parejas ante esta etapa de la menopausia 7 mujeres recibieron apoyo emocional y 13 se sintieron ignoradas y sin apoyo.

“No, es algo muy intimo tal vez ya no me quiera igual”

“Ni le importo aunque dijo que iba a estar seca “

“En un principio él no sabía de lo que le hablaba

pensó que estaba bromeando; explicándole lo entendió

y me empezó apoyar, acudió conmigo al médico y ahora

se preocupa en mi estado y pregunta cómo me siento”

“Lo platique por teléfono y me comento que me atienda

lo más pronto posible” (el esposo de la paciente vive en el extranjero)

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Así mismo nos importo saber si nuestras pacientes les informaron a sus hijos y ¿Cómo respondieron estos? 13 nos mencionan que si les comentaron y 7 se reservaron su situación para ellas.

“De ninguna forma les diría”

“Dijeron a sí se nota por tu mal genio”

“Me dijeron que, qué padre”

“Que me iba a comprender mejor y que trataría de apoyarme en todo”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

A su vez preguntamos ¿Si les comentamos a sus madres y hermanas sobre esta etapa de su vida? Comentando 13 mujeres que si lo hicieron y 7 nunca comentaron sobre su situación, obteniendo los siguientes comentarios:

“No me da mucha pena”

“Me contaron sus experiencias”

“Me hicieron muchas preguntas”

“Algunas me dijeron que ya esta etapa la pasaron y otra que ni la sintió”

“Me brindaron su apoyo emocional”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

También nos surgió la pregunta de si tenían amigas en esta misma situación y si las buscaron para comentar lo que ellas están viviendo y a su vez como respondieron sus amistades, por lo cual recabamos que 15 mujeres refieren amigas en su misma situación y 5 que sus amigas aún no cursan por esta etapa; de las que tienen amigas que cursan por esta etapa nos encontramos que les dieron apoyo mientras que las otras les decían que no sabían del tema y fueran al médico.

Así las reacciones que recogimos fueron las siguientes:

“Algunas dicen que es horrible otras que ya no sufriré”

“Ellas me comentan que en ocasiones uno se siente así

pero con la terapia y el tratamiento hormonal mejoran”

“No lo podían creer”

“Que sí me sentía mal fuera al médico”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

También nos importo saber si nuestras pacientes buscaron remedios alternativos ya que sabemos que algunas personas no están de acuerdo con la terapia hormonal de reemplazo por miedo a sufrir efectos secundarios de ellas 9 mujeres nos refirieron que sí buscaron ayuda con remedios alternativos y, de las 11 mujeres restantes algunas aceptaron terapia hormonal y otras no.

“Si el que sale en la tele unas pastillas”

“Qué tome tofupil”

“Hormonas naturales”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Sabemos que como mujeres el vivir esta etapa es muy significativo en nuestro ciclo vital así que también se les pregunto ¿con quién les gusta convivir más? 6 mujeres respondieron que prefieren estar solas, 4 con su familia, 3 con su esposo, 6 con sus nietos e hijos y una mujer con su madre.

De acuerdo a lo anterior surge la pregunta necesaria de si ¿continúa teniendo vida sexual con su pareja? De lo cuál 11 respondieron que sí y 9 ya no tienen actividad sexual, de esta con respecto a la calidad de satisfacción sexual 7 mujeres refieren una buena calidad de vida sexual y 13 mujeres que consideran una mala calidad en su satisfacción sexual.

Teniendo las siguientes expresiones:

“Aislada pero buena”

“Igual o mejor”

“Molesta”

“A veces dolorosa”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 21012.

Así mismo les preguntamos ¿qué hacen para mantener o reforzar su vida sexual? 12 mujeres comentaron no hacer nada, 7 utilizan comunicación y una mujer se apoya con juegos sexuales.

“Somos muy dados a darnos un tiempo

para nosotros (sin hijos)”

“A veces el juega conmigo, uso lubricantes”

“Comunicación y trato”

“Estar pendiente y atendiendo a mi esposo”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En el aspecto de jerarquía de nuestras mujeres se realizó la siguiente pregunta
¿Conserva usted su poder de decisión en la familia?

17 mujeres refieren tener una posición de jerarquía con sus familiares y 3 no.

Ya que estamos hablando sobre la sección de apoyo nos interesa saber ¿Cómo están resolviendo esta etapa de su vida nuestras pacientes? Respondieron 13 mujeres que de forma tranquila con madurez buscando ocupaciones y 7 mujeres se sienten solas y tristes.

Describiendo su sentir de la siguiente manera:

“Sola sin preocupar a nadie”

“Con dificultad con algunos de mis hijos

dicen que estoy hormonal y que ya no son unos niños”

“De muchas maneras: me gustó mucho, leer mucho

frecuento amigas

me estoy preparando para mi retiro laboral”

“Realizando ejercicio, tomando mi terapia y mi

tratamiento hormonal”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Posterior a estas respuestas les preguntamos si recibían ayuda de alguien en relación a la pregunta anterior, mencionando 8 mujeres que nadie los ayuda, 8 perciben apoyo familiar, 3 tienen ayuda de sus hijos y una encuentra ayuda en su trabajo.

Otra pregunta que se les realizó con continuidad a las anteriores es ¿Cómo y en qué forma ellas perciben apoyo? De lo cuál 12 mujeres refieren apoyo y 8 se refieren sin apoyo.

“Mi esposo me comprende”

“Mis hijos me apapachan, mi esposo hace el esfuerzo “

“De ninguna manera”

“No, nadie”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

De la misma forma nos interesa saber si nuestras pacientes ¿Decidieron buscar apoyo espiritual de forma alternativa ante su situación?

De lo cual se obtuvo un resultado de 11 mujeres que si buscaron apoyo espiritual como otra red y 9 mujeres no.

A su vez se les pregunto ¿Si acudieron a consulta privada para esta situación aparte de su servicio médico? y ¿Dónde acudieron?

Obtuvimos que 4 mujeres si buscaron ayuda en servicios particulares acudiendo 1 mujer a un diplomado, 2 mujeres con ginecólogo particular, 1 con homeópata y las 16 restantes no acudieron a ningún otro lugar.

También surgió la interrogatorio de ¿Porqué algunas de ellas decidieron hacerlo y porque otras no lo hicieron? Obteniendo los siguientes resultados: 15 mujeres simplemente respondieron con un no, 1 mujer menciona que por falta de recursos económicos 3 mujeres para obtener una segunda opinión y 1 mujer por citas prolongadas en el instituto.

“Por falta de dinero”

“Por una segunda opinión”

“Porque en el ISSEMYM las citas están muy largas”

Entrevistas realizada por Wendy Bazán junio 2012.

Como consecuencia de las preguntas anteriores nos surge la duda si nuestras pacientes ¿Se sienten contentas con su familia durante esta etapa de la menopausia?

Refiriendo 2 mujeres no sentirse contentas con ellos y 18 si, así que continuamos con la siguiente pregunta ¿Por qué? Obteniendo los siguientes comentarios:

“Porque estamos juntos con todo y los problemas”

“Con mi nieta porque ella no dice nada”

“Luego me siento triste o incomoda”

“Ya me siento muy vieja y acabada y siento que no

le sirvo a uno de mis hijos por algunas veces que él se queja de mí”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En la pregunta número 24 de la sección VII se les realizo la siguiente pregunta ¿La han dejado sola por varias horas o días? Y ¿Por qué?

Respondiendo 8 mujeres que si y 12 que no se sienten solas, con los siguientes comentarios plasmados a continuación:

“Si porque salen de vacaciones”

“Sí, mucho”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

“No porque yo trabajo y no estoy sola”

“Jamás”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

En el último apartado se exploran las expectativas de nuestras pacientes ya que esto es el resultado de todas las preguntas anteriores, teniendo como pregunta ¿sí le gustaría modificar algo de su vida actual? Encontrando que 11 responden que sí y 9 que no.

Surgiendo la pregunta ¿Si les gustaría modificar algo de la menopausia?

Respondiendo 11 mujeres que si les gustaría modificar algunas cosas y 9 no presentado a continuación los siguientes relatos:

“Sí que esto no nos pasara a las mujeres”

“Si soy workholic y tal vez bajar el ritmo del trabajo;
aunque me encanta lo que hago en mi trabajo”

“Tal vez que ya no se me salga la pipi y el dolor al tener
relaciones con mi esposo”

“Si que ya no se me caiga el pelo y que no se me reseque
tanto mi genital”

“Sí, quiero sentirme mejor”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2013.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Todo relato vivido es un balance de vida en la que está presente nuestro pasado y el momento actual , el relato de estas vidas surge de la petición del investigador hacia una persona para que hable de ella misma así como de sus espacios familiares y su inserción en la sociedad incluso se le solicito que hablara de los espacios en los que ellas se sienten extrañas o no del todo conformes por su situación actual así por ejemplo tenemos que se investigo la relación consigo misma y con su cuerpo encontrando situaciones tan diversas como la siguiente.

“Me siento triste y mal conmigo misma porque ya se termino mi etapa reproductiva lo que me hace sentir más vieja y triste y no deseo tener relaciones sexuales con mi esposo por pena”

Entrevista realizada por Wendy Bazán junio 2012

En esta narrativa nos podemos dar cuenta que la relación yo-yo (es decir, yo con mi cuerpo) está totalmente basada en su fertilidad y que su relación yo-tú (ella con su esposo) a cual está basada en su apariencia física. Esto muy probablemente por el hecho de que basó su vida en el aspecto físico y sexual.

En otra narrativa la entrevistada comenta:

“En este momento de mi vida me siento en plenitud así como alegre y tranquila pues creo que ahora debo ser más madura en relación con mi carrera”

Entrevista realizada por Wendy Bazán Sandoval junio 2012

En esta narrativa nos damos cuenta que esta narradora no ha basado su vida solo en su edad cronológica y en su apariencia física si no que una gran parte la ha basado en su trabajo y esto lo manifiesta literalmente en este momento.

A pesar de que 15 de nuestras encuestadas tienen más de 30 años de vivir con su pareja encontramos, que en muchos casos hay infidelidad lo que nos hace pensar tal vez por miedo, situación que no les aporta seguridad emocional viven juntos de forma física aunque separados emocionalmente.

*“Soy feliz con mi familia porque estamos juntos
con todo y sus problemas, pero lo más feo es
la infidelidad de mi esposo aunque
vive conmigo y vamos a cumplir 30 años de casados”*

Entrevista realizada por Wendy Bazán junio 2012.

Esta etapa en la vida de la mujer tiene mucho significado; ya que en general es una situación estigmatizada y en algunas situaciones ridiculizadas por la sociedad al hacer comentarios despectivos tales como:

“ Si, ya sabemos que estas en la menopausia”

“Las hormonas ya te están fallando”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Por lo que la mujer sin haber aun entrado a esta etapa teme llegar a ella, si a esto le sumamos los resultados que encontramos en este trabajo entre los que destaca la falta de comunicación por parte del médico y los comentarios sarcásticos de familiares e hijos podemos entender que las mujeres que se encuentran en esta etapa importante dentro de su ciclo vital la pueden ver como una etapa amenazadora sobre todo por la falta de apoyo emocional.

La crisis menopáusica es una etapa transitoria que puede afectar la autoimagen de la mujer; muchas veces esta crisis conduce a conflictos tales como insatisfacciones a nivel profesional, autoestima, angustia y estados emocionales que afectan la sexualidad de la mujer y por consiguiente con su pareja.

Plasmo a continuación las siguientes expresiones de nuestras mujeres:

*“Siento que es una etapa triste sin sentido hasta
de vivirla, porque antes me sentía alegre
con fuerzas de luchar”*

*“Con mi pareja a veces no tengo
ganas ni de que se me acerque”*

*“ El significado de esta etapa en mi vida, es
un cambio muy drástico he empezado a
sentir miedo por mi presente
y mi futuro aún más”*

“ Me siento mal porque ahora ya se me olvidan las cosas y soy lenta en mi trabajo”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Hemos visto que no todas las mujeres reaccionan de igual manera ante la presencia de la menopausia las respuestas dependen mucho de la edad en la que esta se presente, la cultura y el estrato social; así también en sus vivencias familiares y ambientales son factores muy importantes que determinan la estabilidad emocional de la mujer.

“Para mí está es lo máximo y no necesito tratamiento por qué me siento bien”

“ Me siento feliz aunque con algunos achaques; no tiene por qué cambiar nada solo es una etapa y nada más”

“Esta etapa es un nuevo comienzo me quiero más y me valoro”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Como ya lo habíamos comentado en el párrafo anterior algunas mujeres han aceptado bien su etapa ya que cuentan con varias redes de apoyo; tal vez no siendo propiamente la familia, pero si cuentan con apoyo de amistades y el trabajo siendo este último una de las principales distracciones, así se observo que en algunas de nuestras mujeres las cuáles se dedican al hogar tienen problemas de autoestima solo contando como red de apoyo a la familia; sin tener acceso a otro tipo redes de apoyo.

“ Estoy en una etapa que tengo tiempo para mí y hago lo me gusta en el trabajo”

Entrevistas realizadas por Wendy Bazán junio 2012.

Debemos tomar en cuenta que en realidad una de las redes de apoyo más importantes para nuestras mujeres entrevistadas, y por supuesto que en la

población en general, es la familia de procreación con la que se convive día a día siendo este el pilar emocional fundamental para sentirse o no queridas por ellos, así reconocemos que el trabajo, amistades u otras actividades son redes secundarias complementarias. La menopausia es una etapa tal vez traumática para muchas de nuestras mujeres, por lo cual es necesario que durante esta etapa la mujer aprenda a reconocer sus problemas, entender las causas y desarrollar los mecanismos de defensa para poder manejarlos; es necesario mencionar la importancia que como médicos familiares tenemos el no ver a la mujer menopáusica solamente como paciente con síntomas a tratar más bien verla de una manera integral tanto en lo físico, psicológico y en su dinámica familiar lo cual puede repercutir en cada miembro de su familia y romper la homeostasis de esta.

Así pues entendemos que por más preparado que este el médico ante esta situación si no cuenta con empatía, de nada servirá la información que se le brinde a la mujer; así también no es menos importante decir que como médicos familiares es necesario educar a la familia sobre esta etapa para que nuestras mujeres se sientan apoyadas y amadas.

Cabe mencionar la importancia de diseñar programas para incorporar a las mujeres maduras a actividades que incrementen su participación social y así como su satisfacción personal ya que se encontró una deficiencia con respecto al conocimiento de la menopausia por parte del sector salud con respecto a una visión holística e integral en la mujer que cursa por esta etapa.

Así mismo será útil la formación de grupos de apoyo en donde se oriente acerca de los cuidados, así como de los cambios que se presentan durante esta etapa y la necesidad de el apoyo de un equipo multidisciplinario para la atención de estas pacientes, es una necesidad ya que como las expectativas de vida han cambiado y muchas mujeres en menopausia serán y son parte de la consulta diaria.

6.-Referencias

1. S. Monge revista Menopausia Educación para la salud Española de Terapia Cognitivo-Conductual. 2005 (3):28-56
2. Uriza Gtz, Alwers C. Recomendaciones para el manejo del climaterio en el ISS. Revista de menopausia. 2009; 23(10): 1 – 4
3. Lugones B. El climaterio y el síndrome de nido vacío en el contexto sociocultural. Rev. Cubana Med Gral. Integral 2001;17(2):206-8
4. Medicina basada en evidencia disponible en: <http://www.unizar.es/gine/mbe2.htm>
5. Climaterio y Menopausia. Escuela Académica Profesional de Obstetricia Climaterio y Menopausia disponible en <http://www.slideshare.net/guesta15f15/climaterio-1012776> 2009
6. PAC GO 1 Libro 1Ginecología Climaterio femenino disponible en <http://www.drscope.com/pac/gieobs/g1/indexhtm>
7. Hurtado M.T climaterio/sexualidad disponible en: www.entornomedico.org/salud/.../climaterio.html
8. Arena F.O. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina Rev. Chil. obstet. ginecol. 2006; V71: (2): 141-152
9. Fernando O. Pablo MF. Abordaje del climaterio en la consulta de atención primaria. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_farmacia/Menopausia.pdf
10. Velasco V, Cardona J, Ortega R, Navarrete E. Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia en Medicina Familiar. Rev. Med IMSS 2008;36(6):463-76
11. Clavijo C.L Evaluación de función familiar en pacientes con síndrome climatérico en el hospital Obrero N°2 de la caja nacional de salud. Rev. Med. (Cochabamba). 2009; 20 :(30):10-15.
12. Estrogen and progesterone use in postmenopausal women 2010 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2010; 17(2): 242-255.
13. Lugones B, Sayli VS, Julia PP. Climaterio, familia y sexualidad. Rev.

Cubana Med Gen Integr 1999;15(2) 134-9

14. Villa A., Guillermo LA. Incidencia y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. Facultad de Medicina Autónoma de Querétaro, México, Rev. Chil Obstet Ginecol 2007;72(5):314-320
15. Maria AS. Tatiana PK Job performance and climateric in female workers Rev Med Chile 2005;133:315-322
16. Juan MM Reemplazo hormonal en la menopausia. Los factores psicosociales en la menopausia Revista de Endocrinología y Nutrición. 2006; 14:(3):137-140
17. Rubén CA. MPS, Patricia AP, Leonor RR. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. Salud pública de México/2002;44:(5)35-43
18. Norma oficial mexicana NOM-038 SSA2-2002
19. José Luis HG Medicina familiar La familia en el proceso salud-enfermedad editorial alfi
20. Mitos, falacias y leyendas acerca de la menopausia disponible en <http://www.ginecoguayas.com/articulos/mujeres/04sep2009.html>
21. Miguel LB. Marieta RB, Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia Rev. Med cubana. 2008;24(4)
22. Gloria Stella PV. Vivencias de la sexualidad en la menopausia, concepciones históricas- sociales y médicas sobre la menopausia. Revista colombiana de menopausia. 2006;l2:(1)
23. Rosa OA interrelaciones familiares durante la menopausia. Rev. Colombiana de menopausia .2006;2:(1)
24. Urdaneta M. Impacto de la menopausia sobre la calidad de vida de la mujer en la mediana edad. Rev. Chil Obstet Ginecol 2010; 75(1): 17 - 34
25. Velasco V, Navarrete E, Ojeda, R et al. Experiencias y conocimientos sobre climaterio y menopausia en mujeres de la ciudad de México. Gac. Med. Mex 2000; 136(6) 555-564.
26. Gylltrom ME, Schreiner PJ, Harlow BL. Perimenopause and Depression: strength. Of Association, causal Mechanisms and Treatment Recommendations. Best practice & Research. Clinical Obsterics & Gynaecology. 2007; 21:(2):275-292
27. OMS serie de informes técnicas 866, informe de un grupo de científicos de la OMS Investigación sobre la menopausia en los años noventas.

28. Rodríguez GG. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª edición
Málaga: Aljibe; 1996
29. Sandoval C. Investigación cualitativa. Instituto colombiano para el fomento
de la educación superior. Bogotá. 1996. Disponible en:
<http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>
30. Ley general de salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>.
31. Chavida, F. La menopausia en la medicina general/de familia. Semergen.
2000; 26: 26 :(3):145-52.
32. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica
clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad
Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el
Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y
Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. disponible en:
<http://www.cochrane.es/files/GPC-menopausia-definitiva.pdf>
33. Artículo de revisión. Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la
posmenopausia, punto de vista de la asociación mexicana para el estudio
del climaterio en el año 2010. Ginecol Obstet Mex 2010; 78(8): 423-440:
ISSN-0300-9041 Volumen78, núm. 8, agosto 2010
34. Frecuencia del síndrome metabólico en mujeres posmenopáusicas
mexicanas y su relación con la terapia hormonal. Artículo original;
Sebastián Carranza Lira, Leonora Guerrero Mills, Angélica Castro. Ginecol
Obstet Mex, 2009; 77(8): 367 – 71. ISSN- 0300-9041 Volumen 77, núm 8,
agosto 2009
35. Cistitis y menopausia; Carlos Fernández del Castillo S. Ginecol Obstet Mex
2009,77(11):497, ISSN – 0300 – 9041, Volumen 77, núm. 11, noviembre
2009.
36. Práctica clínico- quirúrgica, Utilidad de un cuestionario clínico en la
detección de osteopenia y osteoporosis en la posmenopausia; Rev. Med
Inst. Mex Seguro Soc. 2010; 48(1): 67-70, María Antonia Basavilvazo –
Rodríguez, Roberto Lemus – Rocha, María Luisa Peralta – Pedrero.
37. Conocimientos, experiencias y conductas en el climaterio y la menopausia
en las usuarias de los servicios de medicina familiar del IMSS, 4 de enero
2007, Vitelio Velasco- Murillo, Irma H., Fernández- Gárate Rev. Med Inst.
Mex Seguro Soc. 2007; 45 (6): 549-556.
38. Identifican factores relacionados con la edad de inicio de la menopausia
enero, 2012 artículo por Health Day, Boston University Schools of Public
Health and Medicine, news reléase, jan 23,2012.
39. Tamiz para el síndrome metabólico en la peri menopausia., Ginecol obstet
Mex 2009; 77(3): 123-7 zhulin Aguilar Velázquez, Lourdes García López.

40. Respuestas adaptativas de mujeres en climaterio y menopausia; Pérez – Pérez Ramona, Ramona Armida Medina- Barragán, Maritza Espericueta-Medina, maestras en ciencias, unidad académica de enfermería de la universidad autónoma de Nayarit, México. Rev. Enferm. Inst. Mexicano del Seguro Soc. 2011: 19(3): 123-126.
 41. Artículo original. Comparación de los síntomas del climaterio entre mujeres peri menopáusicas de la ciudad de México y las de una comunidad zapoteca del estado de Oaxaca. Sebastián Carranza- Lira, Marco Antonio Flores – Miranda, Irán Gómez – Brigada; Ginecol. Obstet. Mex. 2010; 78(2):116-120, ISSN-0300-9041 Volumen 78, núm. 2, febrero 2010.
 42. Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Página 187
 43. De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar, ediciones DD Doyman España. 1994 página 38.
- Tipos de redes y funcionamiento de las redes sociales.
[WWW.shinealigh.org/spanish/DVD contents/Tipos de redes.pdf](http://WWW.shinealigh.org/spanish/DVD_contents/Tipos_de_redes.pdf).
45. Depresión y climaterio. GeoSalud.com/climaterio – prof/climaterio y depresión.htm.
 46. La menopausia desde el punto de vista psicológico. October 24,2010 BY Sonia B.F. Arias CRJU/PSYCH – CSUB.
 47. Genaro Vega M. Ph. D. Incidencia y factores relacionados con el Sx climatérico en una población de mujeres mexicanas. Rev.Chil. OBSTET GINECOL 2007 (5) 314 – 320.
 48. La menopausia: Una etapa de la vida de la mujer. Antonio Becerra Fdz. Books. Google.com.mx/books?isbn=8479785640.
 49. Los factores psicosociales en la menopausia.
www.medigraphic.com/pdf/endoc./er_063d.pdf.

7. ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

Nezahualcóyotl, Estado de México a _____ de
_____ 2012.

Por medio de la presente yo

C. _____

Acepto participar en el protocolo de investigación con el título “Apoyo familiar en la paciente con menopausia del hospital regional ISSEMYM Nezahualcóyotl” se me ha explicado que mi participación consiste en contestar una serie de preguntas; durante la entrevista el investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello tenga repercusiones.

El investigador responsable me ha asegurado de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

ANEXO 2

CUESTIONARIO

I.- FICHA DE IDENTIFICACION.

- 1.- Edad _____
- 2.- Estado civil _____
- 3.- ¿Hasta qué grado estudio? _____
- 4.- ¿A qué se dedica? _____
- 5.- Religión _____
- 6.- ¿A qué edad se caso? _____
- 7.- ¿Años de vivir con su pareja? _____
- 8.- ¿Cuántos hijos tiene? _____
- 9.- ¿Cuántos nietos tiene? _____
- 10.- ¿A qué edad inicio con síntomas de menopausia? _____
- 11.- ¿En esta etapa de su menopausia se siente apoyada por su

II.- FAMILIA DE ORIGEN

- 1.- ¿Su madre vive?
- 2.- ¿Cuántas hermanas tiene?
- 3.- ¿Recuerda cómo vivió su madre la menopausia?
- 4.- ¿Algunas de sus hermanas presento ya la menopausia?

III.- SOBRE LA PRESENCIA DE LA MENOPAUSIA EN SU VIDA

- 1.- ¿Antes de que usted presentara la menopausia se sentía diferente a este momento?
- 2.- ¿Como vive este momento de su vida?
- 3.- ¿Siente que ha presentado cambios físicos importantes?
- 4.- ¿Cuáles?
- 5.- ¿Siente que su aspecto emocional ha cambiado?
- 6.- ¿Como?
- 7.- ¿Qué significado tiene esta etapa de su vida para usted?

IV.- AUTOESTIMA E IDENTIDAD

- 1.- ¿Como era usted antes de la menopausia?
- 2.- ¿Como ha cambiado su idea de sí misma
- 3.- ¿Como ve su presente y su futuro?
- 4.- ¿De qué manera ha cambiado su relación con su pareja?
- 5.- ¿De qué manera ha cambiado su relación con el resto de su familia?
- 6.- ¿Se siente señalada por su actual estado emocional?
- 7.- ¿Como espera que su familia actué ante esta etapa de su vida?
- 8.- ¿Piensa que con el paso del tiempo esto puede empeorar?

V.- DIAGNOSTICO

- 1.- ¿Quien le hizo el diagnostico de menopausia?
- 2.- ¿Como se lo hizo?
- 3.- ¿Al conocer su diagnostico cambiaron sus expectativas en relación a su calidad de vida, en especial en su salud?

VI.- RELACION MEDICO PACIENTE

- 1.- ¿Como le dijo su médico que estaba en la menopausia?
- 2.- ¿Le explico en qué consistía esta etapa?
- 3.- ¿Como reacciono ante esto?
- 4.- ¿Su médico le ofreció alternativas de solución?
- 5.- ¿Se sintió tomada en cuenta?
- 6.- ¿Sintió que hubo buena comunicación con su médico?

VII.- APOYO FAMILIAR

- 1.- ¿Le comento a su esposo/pareja que se encontraba en esta etapa de su vida?
- 2.- ¿Como reacciono su pareja?
- 3.- Le comento a sus hijos esta etapa de su vida.
- 4.- ¿Como reaccionaron?
- 5.- ¿Comento con su madre o hermanas que se encontraba en esta etapa de su vida?
- 6.- ¿Como reaccionaron?
- 7.- ¿Tiene amigas que se encuentran en la misma situación que usted?
- 8.-¿Como reaccionaron?
- 9.- ¿Hubo recomendaciones de remedios alternativos?
- 10.- ¿A partir de este momento con quien le gusta más estar?
- 11.- ¿Continúa teniendo vida sexual con su pareja?
- 12.- ¿Como es la calidad de ella?
- 13.- ¿Que hace para mantenerla o reforzarla?
- 14.- Conserva usted su poder de decisión dentro de la familia.
- 15.- Describame como está resolviendo esta etapa de su vida.

- 16.- ¿Quién le ayuda?
- 17.- ¿Como la ayudan?
- 18.- ¿Busco apoyo espiritual?
- 19.- ¿Acude a consulta privada para esta situación?
- 20.- ¿A dónde?
- 21.- ¿Por qué?
- 22.- En esta etapa de su vida se siente contenta con su familia.
- 23.- ¿Por qué?
- 24.- ¿La han dejado sola por varias horas o días? ¿Por qué?
- 25.- ¿Se ha sentido desmotivada en esta etapa de su vida?

VIII.- ESPECTATIVAS

- 1.- ¿Le gustaría poder modificar algo?