



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC

**CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATERICO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. EDITH ALMA CORONA SANDOVAL**

**DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS**

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, NOVIEMBRE DEL 2017.



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.



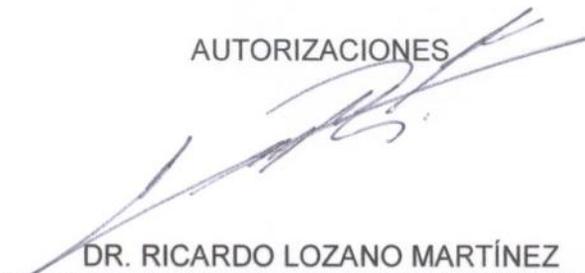
issemym

**CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATERICO.**

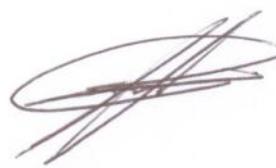
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

**PRESENTA:
DRA. EDITH ALMA CORONA SANDOVAL**

AUTORIZACIONES



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
EL CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC.



DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, NOVIEMBRE DEL 2017.



issemym

**CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATERICO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. EDITH ALMA CORONA SANDOVAL**

AUTORIZACIONES:

**DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
EDUCATIVA EN SALUD.**

**DRA. ASELA MARÍA DEL CARMEN LUNA EMBARCADERO
DIRECTORA CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC**

**DR. JAIME TORAL LÓPEZ
JEFE DE EDUCACIÓN Y COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC.**

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, NOVIEMBRE DEL 2017.



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
CENTRO MEDICO ISSEM YM ECATEPEC
COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

Estando reunidos en la Sala de Juntas de la Jefatura de Enseñanza del Hospital, los integrantes de la Comisión Evaluadora, Dr. Jaime Toral López, Dr. Alberto Velázquez Díaz, Dr. Carlos Hermida Escobedo, Dr. Dante Rivera Zetina, Dr. Cuauhtémoc Peláez Águila, Dr. Miguel Ángel Jiménez López, Lic en Enf. Mónica González Correa, Lic. en Admon. Carlos Hugo Camacho Gómez, Q.F.B. Ilda Cecilia Almanza Fuentes en reunión extraordinaria el día 04 de Diciembre del año dos mil diecisiete y ante la presentación de la Tesis de la C. Médico Residente **Edith Alma Corona Sandoval** de la Especialidad de Medicina Familiar, cuyo título es: "**Calidad de vida y la funcionalidad en el subsistema conyugal en pacientes con síndrome climatérico**", quién después de haber llevado a cabo las correcciones y observaciones emitidas por esta comisión, se ha decidido **APROBAR** la tesis final.

Se expide la presente acta en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, el cuatro de diciembre del año dos mil diecisiete.

DR. JAIME TORAL LÓPEZ
PRESIDENTE

DR. ALBERTO VELAZQUEZ DIAZ
SECRETARIO

DR. DANTE RIVERA ZETINA
VOCAL

DR. CARLOS HERMIDA ESCOBEDO
VOCAL

DR. CUAUHEMOC PELAEZ AGUILA
VOCAL

DR. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ LÓPEZ
VOCAL

ENF. MONICA GONZALEZ CORREA
VOCAL

Q.F.B. ILDA CECILIA ALMANZA FUENTES
VOCAL

LIC. CARLOS HUGO CAMACHO GOMEZ



issemym

**CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATERICO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

**PRESENTA:
DRA. EDITH ALMA CORONA SANDOVAL**

AUTORIZACIONES:

JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, NOVIEMBRE DEL 2017.

**CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL
EN PACIENTES CON SÍNDROME CLIMATERICO.**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero que nada a Dios por permitirme estar en este proyecto de vida, que me ayudara a ser una mejor persona y un mejor médico.

Agradezco a mis Padres porque en todo momento han estado conmigo, apoyándome en cada paso que doy y me motivan en los momentos más difíciles; a mi Abuelita por ser una pieza importante en mi vida, por cuidarme desde pequeña y contribuir a ser la persona que ahora soy y a mi hermano y a su familia por el apoyo que me han brindado.

Agradezco a mi hijo Fernando que con su sonrisa me alienta, siendo él mi principal motivación de superación.

Agradezco a mi esposo por la paciencia y el apoyo que me brinda en esta etapa de mi vida.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. CLIMATERIO	1
1.1.1. Definición	1
1.1.2. Epidemiología.	3
1.1.3. Etiopatogenia.	4
1.1.4. Factores de Riesgo.	6
1.1.5. Cuadro clínico	7
1.1.6. Diagnóstico	8
1.1.7. Pruebas Diagnósticas.	8
1.1.8. Tratamiento	9
1.1.9. Estados Patológicos de la Menopausia	12
1.2. CALIDAD DE VIDA	14
1.2.1. Definiciones del concepto de calidad de Vida.	14
1.2.2. Escalas de medición de Calidad de Vida.	16
1.2.3. Menopause Rating Scale (MRS)	17
1.3. FAMILIA- SUBSISTEMA CONYUGAL	22
1.3.1. Concepto de familia	22
1.3.2. Subsistema conyugal.	22
1.3.3. Escala de evaluación del subsistema conyugal.	23
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. OBJETIVOS	29
5.1. Objetivo general.	29
5.2. Objetivos específicos.	29
5. METODOLOGIA	30
5.1. TIPO DE ESTUDIO	30
5.2. POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.	30
5.3. TIEMPO DE ESTUDIO:	30
5.4. TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA	30
5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	31

5.6	INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)	31
5.6.1.	Cuadro de Variables	32
6.	MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	36
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.	37
8.	RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	38
8.1.	Gráficas	41
9.	DISCUSIÓN.	52
10.	CONCLUSIONES	54
11.	BIBLIOGRAFÍA	56
12.	ANEXOS.	58

1. MARCO TEÓRICO

1.1. CLIMATERIO

La mujer a lo largo de su ciclo de vida experimenta importantes cambios en su organismo que comienzan desde la vida intrauterina con la instauración de la dotación folicular, pasando por el comienzo de la menstruación (menarquia) en la adolescencia, embarazo y parto en la etapa reproductiva, menopausia (cese definitivo de la menstruación) en la edad mediana y la senectud. ⁽¹⁾

Los años reproductivos de la mujer se caracterizan por variaciones rítmicas mensuales de la secreción de hormonas femeninas y las correspondientes alteraciones físicas en los ovarios y otros órganos sexuales. ⁽¹⁾

El final del período fértil de la mujer se caracteriza por toda una serie de modificaciones morfológicas y funcionales, que implican el cambio a un nuevo estado biológico no reproductivo: La Menopausia. ⁽¹⁾

1.1.1. Definición

El climaterio es un conjunto de síntomas y signos que anteceden y siguen a la menopausia, como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica. ⁽²⁾

El climaterio corresponde al período de vida de la mujer, en que ocurre la declinación del nivel de estrógenos hasta el cese completo de la función ovárica folicular; reducción que lleva a la aparición de molestias que puede afectar en forma importante la calidad de vida de la mujer. Este período consiste en etapas de transición conocidas como premenopausia, menopausia y postmenopausia. ^(3,4)

La premenopausia es el periodo comprendido dos años previos al cese definitivo de la menstruación. ⁽²⁾

La menopausia según sus raíces griegas (meno: menstruación, pausia: cese). Es el cese de la menstruación. ⁽⁵⁾ Es la interrupción definitiva de las menstruaciones, resultante de la pérdida folicular del ovario. ⁽⁶⁾

La menopausia constituye un evento único en la vida de las mujeres y corresponde a la última menstruación. Se presenta debido a la disminución de la función hormonal y gametogénica de los ovarios y marca la transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva. ⁽⁷⁾

Menopausia espontánea: 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. ⁽²⁾

La posmenopausia es la etapa iniciada a partir del último periodo menstrual. El tiempo promedio entre el inicio de las alteraciones menstruales del climaterio y la menopausia es de cuatro años. ⁽²⁾

A través de la historia han variado ampliamente las actitudes y creencias respecto a la menopausia; se ha considerado desde una enfermedad y un signo de decadencia en el siglo XIX, hasta una etapa de libación en la que finaliza la etapa fértil de la mujer. Actualmente, la mayoría de las mujeres perciben la menopausia con una sensación de alivio y sentimientos neutros y/o como una etapa de cambios positivos. ⁽⁶⁾

Las mujeres llegan a la menopausia con expectativas que se derivan de las creencias de las sociedades en que viven, particularmente en cuanto a las actitudes frente al envejecimiento y la fertilidad. ⁽⁸⁾

El cese de la función reproductiva o la posibilidad de ganar en estatus, pasando de hija o nuera a madre de novia o suegra, le otorgan un valor positivo a la menopausia. Por el contrario, si se equipara menopausia con vejez o muerte en una sociedad que sobrevalora la juventud, se le experimentará como un desastre, evitable a toda costa.

⁽⁸⁾

1.1.2. Epidemiología.

En México según el censo de población y vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), en el 2010 había 112,336,538 habitantes, de los cuales 57,481,307 eran mujeres (51.16%); del total de mujeres 10.03% (5,766,206) estaban entre los 45 y 55 años, con una esperanza de vida de 78 años, por lo que viven una tercera parte de sus vidas sin función ovárica. ⁽⁹⁾

La esperanza de vida ha aumentado de 52 años en 1950 a 77 años en el 2002 y a 80 en el 2010, en este año llegando la población femenina mayor de 50 años a 10,015,562. ⁽¹⁰⁾

Más del 90 % de las mujeres en países desarrollados deben pasar por la etapa del climaterio, en Latinoamérica la población entre 60 y 75 años se espera se incremente un 14% para el año 2030 lo que justifica la necesidad del estudio de la manifestaciones clínicas, biológicas y psicosociales que se presentan durante esta etapa. ⁽¹¹⁾

En la actualidad se estima que las mujeres que llegan a los 50 años poseen expectativas de vida de 30 años, partiendo de esta base los profesionales de la salud deben esforzarse para garantizar que la calidad de vida discurra en paralelo con el aumento de la duración de la vida. ⁽¹¹⁾

La importancia del estudio del síndrome climatérico radica en que con el aumento en la esperanza de vida, hoy existen más mujeres mayores de 50 años que tienen síndrome climatérico y que requieren detección oportuna y tratamientos individualizados indicados por los médicos de primer contacto. ⁽²⁾

En las mujeres mexicanas la menopausia ocurre en promedio a los 49 años de edad siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos del síndrome climatérico, que en ocasiones demandan atención médica. Por otra parte varios padecimientos crónico-degenerativos como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular aterosclerosa, la atrofia genitourinaria y algunas alteraciones neurológicas inciden con mayor frecuencia

durante la etapa postmenopáusica, originando deterioro de la calidad de vida e incremento de la morbi-mortalidad general. ⁽⁷⁾

Al llegar a la perimenopausia (climaterio) la mujer comienza a experimentar diversos cambios fisiológicos como dismenorrea, síntomas por privación hormonal, como sofocos, sudoración nocturna, sequedad de piel y mucosas y cambios psicológico-psiquiátricos: cognitivos, conductuales del rendimiento intelectual y del humor. ⁽¹²⁾

1.1.3. Etiopatogenia.

Las modificaciones perimenopáusicas suelen comenzar durante la 5ta. Década de la vida de la mujer que comienza por un agotamiento de las reservas ováricas de ovocitos. Al faltar estos no existe la maduración de los folículos y el sistema granulomatoso folicular desaparece como glándula endocrina. ⁽¹⁾

Después de la menopausia hay cambios en la secreción de los andrógenos, estrógenos, progestágenos y gonadotropinas por cese de la función folicular ovárica. Hay acortamiento de los ciclos menstruales, por acortamiento de la fase folicular, con consecuente disminución de la inhibina; hormona polipeptídica que se produce en la granulosa, su función es inhibir la liberación de FSH por la hipófisis. ⁽⁵⁾

En el núcleo supraóptico del hipotálamo donde se produce la hormona liberadora de gonadotropinas, las hormonas expresan neuropéptidos que se deterioran con la edad, dando como consecuencia la falta de retroalimentación negativa de los estrógenos, de por sí ya bajos y aumento de la liberación de gonadotropinas. ⁽⁵⁾

La FSH se eleva notablemente en la fase folicular temprana y disminuye conforme el estradiol aumenta en la maduración folicular. El estradiol disminuye, incluyendo la fase de maduración activa de los folículos, a la mitad del ciclo en su pico máximo y la fase lútea. ⁽⁵⁾

Los estrógenos afectan el crecimiento, diferenciación y la función de los tejidos del sistema reproductor que incluyen: las glándulas mamarias, los ovarios, el útero y vagina. ⁽⁵⁾

Se ha observado que secundario al hipoestrogenismo, los niveles de serotonina se reducen en forma marcada durante la menopausia. En la posmenopausia, como consecuencia del hipoestrogenismo, hay una sobreexpresión del subtipo del receptor de serotonina: 5-HT. Dicha sobreexpresión de 5-HT se ha vinculado fuertemente en la disfunción del centro termorregulador en el hipotálamo, lo cual permitiría explicar el origen de los bochornos en la menopausia. En relación a la función cognitiva y ánimo, sin lugar a dudas, la serotonina cumple un importante rol. ⁽³⁾

La clasificación para entender la cronología de envejecimiento reproductivo de la mujer (reconocida como STRAW) (Fig. 1) es útil para determina los cambios clínicos, endocrinos y reproductivos. ⁽¹³⁾

Etapa	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1a	+1b	+1c	+2
Terminología	Reproductiva				Transición a la menopausia		Posmenopausia			
	Temprana	Pico	Tardía		Temprana	Tardía	Temprana		Tardía	
Duración	Variable				Variable	1-3 años	2 años (1+1)		3-6 años	Vida restante
Criterios principales										
Ciclos menstruales	Regulares e irregulares	Regular	Regular	Cambios	Duración variable del ciclo > 7 días diferente de lo normal	Periodos amenorrea (> 60 días)				
Criterios de soporte										
Endocrino FSH AMH Inhibina B			Baja Baja Baja	Variable Baja Baja	Variable Baja Baja	Variable > 25 UIL Baja Baja	Variable Baja Baja		Estable Muy baja Muy baja	
Cuenta folicular antral			Baja	Baja	Baja	Baja	Muy baja	Muy baja		
Características descriptivas										
Síntomas						Probablemente síntomas vasomotores	Muy probablemente síntomas vasomotores			Aumento de síntomas de atrofia urogenital

Figura 1 Cronología del envejecimiento reproductivo de la mujer⁵

En dicha escala la edad reproductiva se divide en 7 estadios (-5 al +2) empezando con la menarca (-5) y terminando con la menopausia (+2). La perimenopausia es dividida en dos estadios: temprana (-2) y tardía (-1), los cuales incluyen un rango muy variable en cuanto a edades; ambos estadios varían en duración desde 1 a 8 años pero coinciden con la elevación de la hormona foliculoestimulante (FSH) en la fase temprana folicular. El estadio -1 es caracterizado por la falta de 1 o más ciclos menstruales o al menos un periodo intermenstrual de 60 días, La menopausia temprana (+1) incluye los 5 primeros años después de la última menstruación y continúa hasta el fallecimiento.^(5, 13)

1.1.4. Factores de Riesgo.

Se han identificado varios factores de riesgo para síntomas climatéricos:

Nivel socio cultural:

- Población urbana
- Ingreso económico alto
- Escolaridad alta

Ambientales:

- Altitud mayor a los 2,400 metros sobre el nivel del mar (no comprobado)
- Vivir en zonas cálidas (de altas temperaturas)

Estilo de vida sedentaria:

- Alimentación excesiva de calorías con predominio de grasas y proteínas de origen animal
- Hábito tabáquico

Constitución corporal:

- Índice de masa corporal bajo (menor de 18)
- Índice de masa corporal alto (mayor de 30)

Factores psicológicos:

- Historia de alteraciones de conducta
- Historia de síndrome de ansiedad-depresión

Factores ginecológicos:

- Antecedente de oligomenorrea
- Menarca tardía

- Atrofia vaginal
- Antecedente de cirugía ovárica
- Acentuación del síndrome premenstrual en mujeres mayores de 35 años
- Alteraciones urogenitales
- Antecedente familiar de padecimiento de síndrome climatérico.

Otros factores:

- Antecedente de quimioterapia o radioterapia
- Uso de medicamentos que afectan la función ovárica
- Enfermedades autoinmunes (tiroides, etc.)^(2,6)

1.1.5. Cuadro clínico

El síndrome climatérico representa un grupo heterogéneo de síntomas que incluyen no solo bochornos, sino también otros como: molestias al corazón, dificultades en el sueño, molestias musculares y articulares, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, cansancio físico y mental, ansiedad, sequedad vaginal, problemas con la orina, y problemas sexuales.⁽³⁾

Las manifestaciones clínicas del síndrome climatérico son la expresión de los cambios de la función reproductiva. Los síntomas se caracterizan por múltiples cambios somáticos y anímico-afectivos, que son el resultado de la deficiencia paulatina en la producción de estrógenos por una inadecuada respuesta de la estimulación hacia los ovarios. Sin embargo, la intensidad con que aparecen los síntomas, no responde únicamente a esta privación hormonal; se mencionan factores ambientales, hereditarios, antropométricos, creencias religiosas, diferencias raciales, sociales, económicas y de adaptación, los que desempeñan un importante papel modulador en la presentación de la sintomatología.^(2, 4, 5)

Los síntomas y signos que acompañan al climaterio es bastante extensa, se pueden clasificar en síntomas *Vasomotores*: oleadas de calor, sudoraciones y palpitaciones; *Psicológicos*: ansiedad, depresión, irritabilidad e insomnio; *Genitourinarios*: sequedad vaginal, dispareunia, polaquiuria, disuria; *Generales*: decaimiento, artralgias, mialgias, cefaleas, calambres.⁽⁵⁾

La serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que repercuten sobre el estado emocional de la mujer en el climaterio no se relacionan solamente con las variaciones de estrógenos y progesterona sino que se ven influenciados por los síntomas físicos crónicos, los estereotipos específicos de género sobre los malestares del climaterio y los eventos del proceso general de envejecimiento ⁽⁸⁾

Estos síntomas se expresan de manera diferente en cada persona, pues intervienen elementos mediadores, tales como: el propio individuo, así como la familia y la comunidad en que se desenvuelve, por lo tanto, la mujer de edad mediana debe ser atendida no solo desde el punto de vista biológico, sino en armonía con su entorno cultural y social. ⁽¹⁰⁾

1.1.6. Diagnóstico

El diagnóstico de síndrome climatérico es clínico, basado en una historia clínica orientada y fundamentada en:

- Trastornos menstruales.
- Síntomas vasomotores.
- Manifestaciones genitourinarias.
- Trastornos psicológicos (Ansiedad, depresión, cambios en el estado de ánimo, alteraciones en el patrón de sueño). ⁽¹³⁾

El diagnóstico de menopausia se establece por la ausencia de menstruación por 12 meses o más en mujer con útero. Se basa en una historia clínica orientada y fundamentada en trastornos menstruales, síntomas vasomotores (bochornos y sudoraciones), manifestaciones genitourinarias, trastornos psicológicos (Cambios en el estado de ánimo, ansiedad, depresión, alteraciones del patrón de sueño). ⁽¹³⁾

1.1.7. Pruebas Diagnósticas.

La realización de FSH y/o antimülleriana se realizara en caso de duda diagnostica o en mujeres con histerectomía para el diagnóstico de menopausia o transición de la menopausia. ⁽¹³⁾

Niveles mayores a 25 UI/L de FSH se observan en la transición a la menopausia y postmenopausia. ⁽¹³⁾

El metabolismo de los lípidos, de la glucosa, la distribución de las grasas en el centro del cuerpo se alteran en la transición a la menopausia o menopausia con incremento del riesgo cardiovascular, y aumento del síndrome metabólico. ⁽¹³⁾

La evaluación integral de la mujer en la etapa climatérica debe incluir los siguientes estudios:

- Citología cervico-vaginal
- Perfil de lípidos
- Glucosa sérica
- Mastografía basal por lo menos un año antes
- Ultrasonido pélvico
- Examen general de orina
- TSH sérica
- Densitometría en pacientes mayores a 60 años. ⁽¹³⁾

1.1.8. Tratamiento

El tratamiento de la transición a la menopausia y la menopausia se divide en farmacológico y no farmacológico, el farmacológico contiene dos subgrupos:

- Tratamiento hormonal en base a estrógenos y/o progestágenos.
- No hormonal (inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina), clonidina, gabapentina o veraliprida. ⁽¹³⁾

Se debe ofrecer de primer línea tratamiento hormonal (estrógenos o estrógenos progestágenos) o no hormonal cuando haya contraindicación (Desvelanfaxina, velanfaxina o clonidina) para el tratamiento de la transición de la menopausia o menopausia. ⁽¹³⁾

Terapia Hormonal.

Se ha demostrado ser la más eficaz para el tratamiento de los síntomas vasomotores y la atrofia urogenital del climaterio.

Las principales indicaciones son las siguientes:

- Síntomas vasomotores
- Atrofia vulvovaginal
- Prevención de osteoporosis siempre y cuando no exista contraindicación.

De acuerdo con la forma de administración existen diferentes esquemas de terapia hormonal combinada.

- Terapia cíclica
- Cíclico combinado
- Continuo cíclico (secuencial)
- Continuo cíclico (secuencial) de ciclo largo.
- Continuo combinado
- Intermitente combinado.

La elección del esquema de la Terapia hormonal combinada dependerá de la elección de la paciente en cuanto a si se desea o no continuar con sangrados cíclicos. ⁽¹³⁾

El uso de terapia hormonal está bien justificado en mujeres menores de 60 años sanas dentro de los 10 años de menopausia. Las dosis bajas deben ser consideradas para el control de las manifestaciones clínicas de la peri y la posmenopausia. ⁽¹³⁾

Es aconsejable que la terapia hormonal combinada (estrógeno-progestágeno) por vía oral se utilice en un periodo menor a tres años. Se debe valorar e individualizar la duración y la dosis; el enfoque debe basarse en la detección del perfil de riesgo. Esta indicado el uso de terapia estrogénica local cuando la sintomatología está ubicada exclusivamente en el área urogenital. ⁽¹³⁾

Las dosis que pueden utilizarse en la terapia estrogénica son:

- Estrógenos conjugados derivados equinos 0.625 mg
- Estradiol 1 mg (estándar) y 0.125 (dosis bajas).
- Etinilestradiol + acetato de noretindrona. ⁽¹³⁾

Las dosis de progestágenos utilizados en terapia hormonales

- Acetato de medroxiprogesterona 2.5mg o 5 mg por doce días/mes.
- Progesterona micronizada (100 o 200 mg por 10 o 12 días/mes)
- Acetato de noretindrona (0.35 mg /día o 5 mg por 10 días /mes)
- Drospirenona (3 mg día)
- Levonogestrel (0.075mg/día) ⁽¹³⁾

Contraindicaciones

No debe indicarse terapia hormonal en pacientes con:

- Cáncer de mama
- Condiciones malignas dependientes de estrógenos
- Sangrado uterino anormal causa desconocida
- Hiperplasia endometrial no tratada
- tromboembolismo venoso idiopático o previo
- Enfermedad tromboembólica arterial
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad hepática aguda
- Hipertensión arterial no controlada
- Hipersensibilidad a fármacos + porfiria cutánea.

Terapia no hormonal

Se demuestra su eficacia para atenuar síntomas vasomotores. Se dividen en:

1.- Fármacos

- Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina
- La clonidina, la gabapentina
- Veraliprida.

2.- Fitoterapia

- Ginsen
- Camote
- Valeriana

- Derivados de soya (isoflavinas, genisteína, daidzeína) lignanos (cereales, frutas y vegetales) y semillas.
- Cumestanos (alfalfa) ⁽¹³⁾

Las medidas se dividirán en 3 escalones de tratamiento y están en relación con la sintomatología presentada, su intensidad y el estado de salud.

1er. escalón preventivo.

Medidas higiénico-dietéticas y orientación integral según necesidades
 Modificar estilo de vida evitar factores desencadenantes
 Terapia de relajación
 Ejercicio físico.

2º escalón tratamiento natural tradicional.

Isoflavonas
 Pasiflora
 Terapia floral
 Acupuntura, masoterapia.

3er escalón tratamiento farmacológico

Terapia hormonal
 Terapia no hormonal. ⁽¹³⁾

1.1.9. Estados Patológicos de la Menopausia

Vaginitis atrófica

Conforme el epitelio se adelgaza y las rugosidades desaparecen los capilares se hacen más superficiales dando la apariencia de la mucosa delgada brillante y pálida, con áreas de enrojecimiento; si estos capilares se rompen dejan áreas de equimosis y flujo café.

⁽⁵⁾

Al disminuir las células superficiales del epitelio vaginal, disminuye la presencia del bacilo de Doderlein que produce ácido láctico a partir del glucógeno con el aumento del pH vaginal.⁽⁵⁾

EL cambio de la flora bacteriana y el pH permiten colonización bacteriana produciendo leucorrea y prurito. Las pacientes refieren ardor vaginal, dispareunia, flujo vaginal. ⁽⁵⁾

El tratamiento es a base de lubricantes o estrógenos tópicos dos veces por semana. Los estrógenos sistémicos pueden utilizarse solo si hay alguna otra indicación aparte de la atrofia vaginal. ⁽⁵⁾

Osteoporosis.

Se define como disminución de la densidad ósea y cambios en la arquitectura del hueso; la densidad del hueso se mide en Score T y Z. La puntuación T es el número de desviaciones estándar por arriba o por debajo de la densidad ósea comparada con sujetos del mismo sexo jóvenes. La puntuación Z compara la densidad ósea del paciente con el promedio de la población del mismo sexo y edad. ⁽⁵⁾

El pico máximo de densidad ósea es de los 25 a los 30 años. Después de este periodo comienza a disminuir 1 - 2% por año, pero después de la menopausia en las mujeres puede ser del 20% en los 5 años posteriores. Los cambios primarios se ven en hueso esponjoso siendo más evidentes en las vértebras y radio. ⁽⁵⁾

La osteoporosis es más común en mujeres blancas, hispanas afro-americanas, los factores de riesgo son disminución de estrógenos, tabaquismo, historia familiar, trastornos de alimentación, hipertiroidismo, consumo excesivo de alcohol, bajo consumo de calcio, deficiencia de vitamina D, etc. ⁽⁵⁾

En la menopausia los estrógenos son los principales implicados en la osteoporosis, ya que estos modulan los osteoclastos y a los osteoblastos a través de factor de crecimiento transformante Beta (TGFB) factor de necrosis tumoral alfa, interleucina 6, prostaglandina E2y el factor de crecimiento de fibroblastos. ⁽⁵⁾

Las pacientes con alto riesgo deben consumir calcio elemental 1200 mg y vitamina D 400- 800 UI por día. Hacer cambios en el estilo de vida, realización de actividad física.

(5)

La terapia está indicada cuando el T Score se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar si no hay factores de riesgo y cuando es menor de -1.5 desviaciones con 1 o más factores de riesgo. Los medicamentos utilizados en orden de frecuencia son Bifosfonatos, Raloxifeno, Estrógenos, Calcitonina y hormona paratiroidea. (5)

1.2. CALIDAD DE VIDA

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en calidad de vida recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la Calidad de Vida individual. Para algunos autores, el concepto de Calidad de Vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999). (14)

1.2.1. Definiciones del concepto de calidad de Vida.

La calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. (Levy y Anderson 1980) (15)

Hornquist (1982) Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural. ⁽¹⁴⁾

Calman (1987) Satisfacción, alegría, realización y la capacidad de afrontar. ⁽¹⁴⁾

Ferrans (1990) Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. ⁽¹⁴⁾

Lawton (2001) Evaluación multidimensional de acuerdo a criterios intrapersonales, y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo. ⁽¹⁴⁾

Según la OMS en el 2005 define a la Calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus expectativas sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto por su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. ⁽¹⁵⁾

La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. En otras palabras es el grado de felicidad que experimenta un ser humano. ⁽¹⁴⁾

En el año 2002, Schneider, en un estudio de calidad de vida de mujeres climatéricas, efectuado en Berlín nos plantea que los diferentes grados de severidad en el climaterio estarían determinados principalmente por factores presentes en las propias mujeres, tales como el grado de atractivo en el sexo opuesto, la seguridad en sí misma, la ideas de reorientación en la vida y la calidad de la relación de pareja. ⁽¹⁴⁾

Obermeyer plantea que la asociación entre cambios hormonales y síntomas de la menopausia es compleja y está fuertemente mediada por factores socioculturales, por tanto el factor endocrino si bien es cierto es importante no es el único y por ende no debemos reducir el climaterio a la simple reducción de estrógenos. ⁽¹⁴⁾

1.2.2. Escalas de medición de Calidad de Vida.

El problema de la medición de calidad de vida es que es un objeto de estudio subjetivo la calidad de vida relacionada al climaterio es un concepto multidimensional que se basa en la percepción subjetiva de la paciente, y con el objeto de poder valorar dicho impacto, se ha recurrido al uso de escalas de las cuales destacan :

- 1.- Índice de Blatt Kupperman
- 2.- Womens Health Questionnaire (WHQ)
- 3.- Escala de Greene
- 4.- Menopausal Syntoms List
- 5.- Utian Menopause Quality of life Scale (UMQLS)
- 6.- Menopausic Specific Quality of life (MEQOL)
- 7.- Cuestionario Menvac
- 8.- Escala de Cervantes
- 9.- Menopause Rating Scale (MRS) ⁽¹⁶⁾

Desde el punto de vista clínico, dichas escalas persiguen proporcionar herramientas que van a permitir, en un paciente en particular, medir el grado de deterioro de la calidad de vida en el climaterio y cuantificar los éxitos de nuestras eventuales intervenciones terapéuticas, realizando así una objetiva estimación de la proporción costo-beneficio.

⁽¹⁶⁾

Muchas de las escalas desarrolladas para la evaluación de la calidad de vida del climaterio, son escalas desarrolladas originalmente en otros contextos culturales. En ese caso, para el uso clínico de dichas escalas, es necesario adaptar dicho instrumento a la lengua y cultura donde vaya a ser utilizado, lo cual se realiza mediante un proceso de adaptación cultural, cuyo objetivo principal es preservar el contenido semántico en el uso habitual del lenguaje de la nueva traducción, logrando de este modo la equivalencia de significados de los cuestionarios entre ambas culturas. ⁽¹⁶⁾

El aumento observado en la expectativa de vida de las mujeres en países desarrollados ha hecho que la meta de mejorar la calidad de vida en la mujer climatérica adquiera una mayor relevancia sanitaria. ⁽¹⁶⁾

En Chile ya desde el año 1992 se han publicado trabajos con escalas de calidad de vida relacionadas al climaterio, recientemente se ha conseguido validar la escala Menopause Rating Scale (MRS) para la evaluación de la calidad de vida durante el climaterio en la mujer chilena. ⁽¹⁷⁾

En México se tienen pocas investigaciones en las cuales se hayan utilizado estas escalas dentro de las que destaca el estudio del Climaterio y la Menopausia publicado por la COMEGO en el año 2008 e, en el cual se utilizan las escalas de Kupperman y Greene.⁽¹⁷⁾

Para la realización de este estudio se hizo uso de la escala MRS (Menopause, Rating Scale) la cual ya ha sido validada además de que se cuenta con una versión de un país latinoamericano y la traducción al español. Además de tratarse de una escala que puede ser autoaplicable y breve. ⁽¹⁷⁾

1.2.3. Menopause Rating Scale (MRS)

El Menopause Rating Scale (MRS) es un instrumento validado de medición de calidad de vida, desarrollado inicialmente a principios de la década 1990-99 para medir la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia. La escala fue desarrollada y validada a lo largo de los años a partir de una red de investigación de muchas instituciones como Órganon Alemania, Infratest Munich, Universidades de Münster y Berlín, ZEG Berlín. ⁽¹⁷⁾

El Centro de Epidemiología y de Investigación en Salud de Berlín (ZEG) fue fundado como instituto de investigación independiente en 1990 - en ese momento como una empresa conjunta con Infratest Germany, que pasó a formar parte de una empresa internacional. TNS es uno de los principales grupos de información de mercado del mundo con oficinas en 70 países. ⁽¹⁷⁾

ZEG Berlín tiene experiencia en el desarrollo de herramientas de investigación para encuestas, planificación y ejecución de estudios fármaco-epidemiológicos y tiene una

vasta experiencia en encuestas internacionales, estudios de cohortes así como estudios de casos y controles basados en la población y hospitales en el campo de la seguridad de los medicamentos. ⁽¹⁷⁾

Investigación e implementación internacional de la escala MRS

Las mujeres desarrollan quejas típicas mientras envejecen, las mujeres, al igual que los hombres, experimentan una disminución de la capacidad física y mental relacionada con la edad. Observan síntomas tales como sudoración periódica o sofocos, depresión, insomnio, deterioro de la memoria, falta de concentración, nerviosismo y quejas de huesos y articulaciones. ⁽¹⁷⁾

La escala de evaluación de la menopausia (MRS) se desarrolló en respuesta a la falta de escalas estandarizadas para medir la gravedad de los síntomas del envejecimiento y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) en los años noventa. Se diseñó una escala que puede ser contestada fácilmente por las mujeres, no por su médico. En realidad, la primera versión de la MRS iba a ser llenado por el médico tratante, pero esto fue cambiado debido a consideraciones metodológicas y la escala final como auto-administrable cuestionario normalizado. ⁽¹⁷⁾

El MRS original se utiliza desde 1992. Fue desarrollado para dar a un médico la posibilidad de documentar los síntomas climatéricos y sus cambios durante el tratamiento. En 1996 se realiza una evaluación de dicha escala y se hizo una modificación en base a las sugerencias dadas en esa evaluación. La escala MRS originaria alemana fue traducida y adaptada culturalmente al inglés, demostrando la equivalencia transcultural. ⁽¹⁷⁾

Los socios de ZEG Berlin hicieron muchas de las traducciones; Otros fueron realizados por grupos de investigación individuales, como las dos versiones chinas. Recientemente, el Instituto de Investigación MAPI ha realizado varias adaptaciones lingüísticas y culturales, especialmente en lenguas del Este de Europa, con el apoyo de Solvay Pharmaceuticals. Las traducciones se realizaron en congruencia con las recomendaciones metodológicas internacionales para la adaptación lingüística y

cultural de medidas de HRQoL utilizando la versión en inglés como lengua de origen para garantizar la equivalencia intercultural entre los países. En total, se utilizan actualmente 25 versiones de dicha escala.⁽¹⁷⁾

La MRS se formalizó de acuerdo con las reglas psicométricas. Consiste en una lista de 11 síntomas que tienen que ser contestados: Se tiene una opción entre 5 categorías: ningún síntoma, leve, moderado, marcado, y severo. ⁽¹⁷⁾

Durante la estandarización de este instrumento, se identificaron tres dimensiones independientes que explican el 58,8% de la varianza total (análisis de factores): subescala psicológica, somática y urogenital. (Anexo 1) ⁽¹⁷⁾

Cada uno de los once síntomas contenidos en la escala puede tener 0 (sin síntoma) o hasta 4 puntos de puntuación (síntoma severo) dependiendo de la gravedad de las quejas percibidas por las mujeres que completan la escala (se marcará una casilla apropiada). La puntuación total de la MRS oscila entre 0 (asintomática) y 44 (grado más alto de quejas). Las puntuaciones mínimas / máximas varían entre las tres dimensiones dependiendo del número de quejas asignadas a la dimensión respectiva de los síntomas:

- Dominio psicológico
- Dominio somato-vegetativo
- Dominio urogenital

La evaluación del cuestionario completado sigue un esquema simple: el puntaje aumenta punto por punto con creciente severidad de las quejas subjetivamente percibidas en cada uno de los 11 ítems (gravedad expresada en 0 - 4 puntos en cada ítem). La puntuación total de la MRS oscila entre 0 (asintomática) y 44 (grado más alto de quejas). Las puntuaciones mínimas / máximas varían entre las tres dimensiones dependiendo del número de quejas asignadas a la dimensión respectiva de los síntomas: Síntomas psicológicos: 0 a 16 puntos (4 síntomas: deprimido, irritable, ansioso, agotado) Síntomas somato-vegetativos: 0 a 16 puntos (4 síntomas: sudoración, enrojecimiento, dolores cardíacos, trastornos del sueño, lesiones articulares y musculares) Síntomas urogenitales: de 0 a 12 puntos (3 síntomas:

problemas sexuales, molestias urinarias, sequedad vaginal). Los puntajes compuestos para cada una de las dimensiones (subescalas) se basan en sumar las puntuaciones de los ítems de las respectivas dimensiones. La puntuación total es la suma de las puntuaciones de dimensión. ⁽¹⁷⁾

El esquema de puntuación de la escala MRS es simple: Cada uno de los once ítems es calificado como: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo). Los datos obtenidos en las tres dimensiones establecen el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida. ⁽¹⁷⁾

Existen estudios en los cuales se ha evaluado la calidad de vida en la etapa del climaterio, como son los publicados por la Revista Chilena realizados por el departamento de Gineco-obstetricia en la Universidad de Chile, en nuestro país los realizados por la COMEGO (Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia), existen también publicaciones en la Revista de Atención Familiar a cargo de la Universidad Autónoma de México, todos ellos viendo la importancia de la valoración de las pacientes en esta etapa. ⁽¹⁸⁾

Dado que el climaterio afecta la función familiar de la mujer se debe enfatizar en que el Médico de Familia conozca la particularidades de esta etapa para que pueda establecer en cada mujer la conducta adecuada mediante programas de orientación e incentivar a que las mujeres adopten una actitud positiva, la cual tienen que afrontar con seguridad y confianza a los cambios que se produzcan en su organismo durante este periodo. ⁽¹⁸⁾

Existen estudios como el de Pavón- Mendoza y el de Mónica del Prado, los cuales respecto a la relación de pareja se ha encontrado falta de comunicación, incumplimiento de roles como pareja, en un gran porcentaje también destacan pocas manifestaciones de afecto a sus parejas y calidad de tiempo dedicadas a la mujer. ⁽¹⁹⁾

Son atribuibles al climaterio, alteraciones en la calidad de vida de la mujer y alteraciones en el funcionamiento familiar. El estudio de las interacciones familiares durante esta

etapa es importante para ayudar a la familia a enfrentar y mantener el equilibrio psicológico de los miembros de la familia.⁽²⁰⁾

Existen estudios como el de Lizbeth Clavijo y Nadezhda Pavón- Mendoza y cols. los cuales respecto a la relación de pareja se ha encontrado falta de comunicación, incumplimiento de roles como pareja, en un gran porcentaje también destacan pocas manifestaciones de afecto a sus parejas y calidad de tiempo dedicadas a la mujer. ^(18, 26)

En términos de relaciones de pareja se pueden presentar varias situaciones. Si la pareja es estable pero la comunicación es inadecuada, la mujer siente disminuida su condición de “femineidad” con temor a la pérdida de la pareja o a no encontrarla cuando se carece de ella. ⁽²¹⁾

En algunos casos el esposo busca compañía en mujeres más jóvenes, lo que afecta la autoestima y la satisfacción personal de la mujer, la familia y el matrimonio. Tal situación conduce a desequilibrios en la esfera psíquica. Cuando la autoestima es adecuada la mujer busca solución a estos problemas. ⁽²¹⁾

El climaterio es, sin dudas, una de las etapas más difíciles en la vida de la mujer en la que necesita una atención particular desde el punto de vista médico y una mayor comprensión desde el punto de vista social. A los problemas de salud que puede sufrir en este período se asocian, con frecuencia, sensación de envejecimiento y deterioro físico, es decir, disminución de la autoestima; sentimientos de soledad y depresión por la independencia de los hijos y pérdida de seres queridos; sobrecarga física y emocional por adicionarse a las labores domésticas, el cuidado de nietos y familiares enfermos o ancianos. Todo ello acompañado de limitaciones económicas derivadas de la jubilación o la viudez.

1.3. FAMILIA- SUBSISTEMA CONYUGAL

1.3.1. Concepto de familia

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto constituido por un numero variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud enfermedad. ⁽²²⁾

La unión entre el hombre y la mujer son el fundamento del inicio de la vida familiar. A través de la procreación y la crianza de los hijos, se finca su responsabilidad en el ámbito individual y social que se le ha conferido al realizar dicha unión. ⁽²³⁾

Es un grupo primario cuyas características son propias de un sistema natural abierto. La teoría sistémica define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (Padres, hijos) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. ⁽²⁴⁾

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales de una familia nuclear son los siguientes:

- Subsistema conyugal
- Subsistema paterno-filial
- Subsistema fraterno ⁽²⁴⁾

1.3.2. Subsistema conyugal.

Se forma en el momento en que dos adultos deciden unirse con ese propósito. Requiere que se establezcan reglas propias y consigan fijar bien los límites.

Cada compañero trae un conjunto de valores y expectativas, trae su propio mapa de la realidad, compuesto de costumbres, pequeños rituales y reglas, creencias, la mayor parte aportados por la propia familia de origen. (25)

La pareja ha de desarrollar pautas de acomodación y establecer reglas de funcionamiento (desde quién hace la compra hasta cómo se administra la economía). Estas reglas pueden ser verbalizadas y consensuadas (explícitas) y también pueden establecerse inconscientemente de forma paulatina por sí mismas (implícitas). Cada cónyuge perderá individualidad y ganará, a cambio, pertenencia.

Una de las tareas más importantes es la fijación de límites para su propia protección y satisfacción como pareja. Unos límites mal fijados sobre el resto del mundo extrafamiliar (amigos, parientes políticos, familia de origen...) pueden ocasionar conflictos y acarrear patología. (25)

El subsistema conyugal es importante para el desarrollo afectivo de los hijos. Los hijos aprenden a expresar afecto, hostilidad, y entre comida y comida se les van transmitiendo los valores, creencias y expectativas paternas. (25)

1.3.3. Escala de evaluación del subsistema conyugal.

Un modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja es el instrumento de evaluación del subsistema conyugal. Aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. (26)

En 1994 Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana, proponen un instrumento de evaluación conyugal, el cual evalúa cinco principales funciones que consideran este subsistema debe cubrir: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones; agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. Se refiere este instrumento tuvo validación práctica cuatro años antes. (26)

Esta escala toma en cuenta las principales funciones del subsistema conyugal, cubriendo a cada función un criterio cuantitativo y cualitativo de evaluación a través de

un indicador; este instrumento debe ser empleado por el médico entrevistador y completado en un máximo de dos entrevistas. ⁽²⁶⁾

En relación con sus funciones, la escala valora la comunicación en tres puntos: si es clara, directa y congruente, otorgando 30% de la evaluación con un indicador de 0 puntos para nunca, de 5 puntos para ocasional y de 10 puntos para siempre, para cada uno; en el área de adjudicación y asunción de roles valora congruencia, satisfacción y flexibilidad, dando 15% con un indicador de 0 puntos para nunca, de 2.5 puntos para ocasional y de 5 puntos para siempre; en el área de satisfacción sexual valora frecuencia y satisfacción, otorgando 20% con un indicador de 0, 5 y 10 puntos para nunca, ocasional y siempre, respectivamente; en cuanto al afecto, valora cuatro puntos: manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, con un porcentaje de 20% con un indicador de 0, 2.5 y 5 para nunca, ocasional y siempre, respectivamente; por último, valora si la toma de decisiones es conjunta o individual, dando 15% con un indicador de 0, 7.5 y 15 para nunca, ocasional y siempre, respectivamente. La suma de todas las áreas debe ser de 100%. ⁽²⁶⁾

Al final de la evaluación se determina una calificación de cada función que permite detectar cuantitativamente la función o funciones que ameritan atención. Y si al final de la suma del puntaje se obtiene de 0 a 40 se considera una pareja severamente disfuncional; de 41 a 70, una pareja moderadamente disfuncional; y de 71 a 100, una pareja funcional (Anexo 2). ⁽²⁶⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome climatérico constituye un problema de salud que en la actualidad demanda cada vez más la atención del personal de salud de manera integral, ya que las pacientes desencadenan una serie de cambios somáticos y anímico-afectivos que en la mayoría de las ocasiones provocan un desequilibrio en la mujer y a su vez una afectación en el aspecto conyugal, familiar, psicológico y social. Esto fundamenta la necesidad de atenderla no solo como organismo biológico, sino también en armonía con su entorno cultural, social y Familiar.

Según datos estadísticos del INEGI hasta el 2015 se tenía en el Estado de México una población de 16,225,409, de los cuales el 51.3% corresponden a la población femenina; hasta el año 2010 se tenían 801,513 mujeres entre los 45 y 55 años. Dentro de la población derechohabiente del ISSEMYM se tienen más de 30,000 mujeres que se encuentran en la edad del climaterio siendo la severidad de los síntomas lo que motiva a la paciente a consultar al médico ya que tiene gran afectación en su calidad de vida, debido a que se encuentran bajo una serie de pérdidas, como por ejemplo pérdida de la reproductividad, sensación de pérdida de la feminidad, de la atracción sexual o de la salud lo que tiene un impacto directo en la dinámica familiar; mostrando mayor repercusión en el subsistema conyugal.

Debido a que la población femenina que se encuentra cercana a la etapa del climaterio o bien ya presentando síntomas climatéricos no tienen una orientación por parte de los servicios de salud me parece importante desarrollar esta investigación ya que se podrá identificar de manera oportuna a pacientes que estén cercanas al climaterio o bien se encuentren ya en esta etapa con el fin de proporcionar información individual y de pareja, para que de esa forma se puedan afrontar todos los cambios físicos, psicológicos y sociales además de prevenir complicaciones y evitar afectación familiar principalmente en el subsistema conyugal.

Ya que la población femenina en etapa del climaterio en el ISSEMYM ha ido en aumento, se enfoca este estudio a responder la pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida y funcionalidad en el subsistema conyugal, en las pacientes que se encuentran en climaterio en el Centro Médico, ISSEMyM Ecatepec del 1º de julio del 2016 al 31 de Enero del 2017?

3. JUSTIFICACIÓN

El aumento en la esperanza de vida así como los avances terapéuticos han llevado a que cada vez más mujeres acudan a los servicios de salud en la etapa del climaterio, con el fin de disminuir sus síntomas y tener una mejor calidad de vida. Hasta el año 2010 según datos del INEGI, tan solo en el Estado México se tiene que 801,513 mujeres se encuentran en una edad oscilante entre los 45 y 55 años. De las cuales cerca de un 4% son Derechohabientes del ISSEMYM. Sin embargo en nuestro país no existen estudios epidemiológicos representativos sobre estadísticas de mujeres con síndrome climatérico, identificado clínicamente, por lo que se considera una población sub-estimada, sin atención adecuada para mejorar su calidad de vida, ni promoción para mantener una salud posmenopáusica óptima.

En otro aspecto se ha observado con forme a registros del INEGI que para el año 2016 se llegó a un total de 139,807 divorcios en nuestro país, con una edad promedio para la mujer de 37 años y para el hombre de 40 años, sin embargo al observar los registros por rango de edad se tiene picos entre los 30 y 34 años (22,428 divorcios), y en el rango de más de 50 años (20,876 divorcios), no se tienen registros de las causas de divorcio sin embargo algunos artículos como el de la Dra. Lizbeth Clavijo Castro y el de la Dra. Dayana Couto Núñez muestran aumento en el número de divorcios en pacientes con síntomas climatéricos.

Con todo esto y considerando que en la mayoría de los servicios de salud ha incrementado de forma importante la población femenina en esta etapa, se decide hacer este estudio con la finalidad de poder identificar a la población en riesgo, determinar cuáles son los síntomas predominantes y el grado de afectación en la calidad de vida, con el fin de dar orientación y un tratamiento integral y oportuno para evitar así complicaciones, además de dar información a la pareja con el fin de que conozcan y comprendan los cambios a los que se enfrentaran de forma individual y de pareja, y se fomente la participación conjunta en el tratamiento evitando así la disfunción del subsistema.

Con esto se podría implementar un programa dirigido a las pacientes en climaterio donde se de orientación y se impartan talleres en los cuales se promueva el trabajo multidisciplinario, con el fin de mantener el equilibrio biopsicosocial en las pacientes que se encuentran en esta etapa, lo cual podría reducir las consultas por esta razón, las complicaciones, y los costos en la atención a este grupo de edad. Además de promover la participación de pareja lo que disminuiría la desintegración familiar.

Para poder realizar esta investigación no se requiere de invertir recursos económicos elevados, ya que se cuenta con el servicio que da la atención directa a esta población además de contar con el recurso humano para poder llevarla a cabo.

4. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general.

Evaluar la calidad de vida y funcionalidad en el subsistema conyugal, en las pacientes en etapa de climaterio en el Centro Médico, ISSEMyM Ecatepec de 1º de julio del 2016 al 31 de Enero del 2017.

5.2. Objetivos específicos.

- Describir características sociodemográficas: Edad, estado civil, ocupación y escolaridad.
- Evaluar la calidad de vida con base a la escala Menopause Rating Scale (MRS).
- Determinar la Calidad de vida con base a las dimensiones: psicológica, somato - vegetativa y urogenital.
- Evaluar la Funcionalidad conyugal con base a la “Escala de Chávez y Velazco”.
- Evaluar la Funcionalidad conyugal en base a las siguientes áreas: Comunicación, Adjudicación y Asunción de roles, Satisfacción sexual, Afecto y Toma de decisiones.

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, observacional, transversal y cualitativo.

5.2. POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Población: El Centro Médico ISSEMYM cuenta con una población de 588,750 derechohabientes de los cuales 287,585 son hombres y 301,165 son mujeres, de estas 34,588 corresponden a la edad de 45 y 54 años, siendo el 5.27% de la población derechohabiente femenina total.

Lugar: El Centro Médico ISSEMyM Ecatepec, se encuentra ubicado en Av. Del Trabajo S/N, Colonia El Carmen, en el Municipio de Ecatepec de Morelos, localizado al norte del Estado de México; con una superficie de 186.9km², a una altitud de 2,250 metros sobre el nivel del mar. Colinda al norte con los municipios de Coacalco de Berriozábal, Tultitlán, Jaltenco, Tonanitla y Tecámac; al este con los municipios de Tecámac, Acolman y Atenco; al sur con los municipios de Atenco, Texcoco, Nezahualcóyotl, con el Distrito Federal y con el municipio de Tlalnepantla de Baz; al oeste con el municipio de Tlalnepantla de Baz, el Distrito Federal y el municipio de Coacalco de Berriozábal. Ocupa el 0.72% de la superficie del estado. Cuenta con 9 localidades y una población total de 1 688 258 habitantes

5.3. TIEMPO DE ESTUDIO: 1º de Julio del 2016 al 31 de Enero del 2017.

5.4. TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

No probabilístico, por conveniencia

5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

INCLUSIÓN

1. Derechohabientes de ISSEMYM
2. Mujeres entre 45 y 55 años.
3. Pacientes con menopausia primaria y secundaria a histerectomía sin ooforectomía.
4. Con pareja estable. (Matrimonio o unión libre)
5. Que sepan Leer y escribir.
6. Que acepten participar en el estudio y contestar los cuestionarios libremente.

EXCLUSIÓN

1. Mujeres con depresión o ansiedad
2. Pacientes que estén bajo tratamiento psiquiátrico
3. Pacientes con menopausia secundaria a histerectomía + ooforectomía bilateral.

ELIMINACIÓN

1. Cuestionarios que no se contesten en su totalidad.
2. Cuestionarios que no estén contestados correctamente.

5.6 INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)

Variable independiente: Mujeres en etapa de climaterio

Variable dependiente:

- La calidad de vida que se evalúa por medio de la versión chilena de Menopause Rating Scale (MRS) que es un instrumento validado de medición de calidad de vida, desarrollado para medir la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia. (Anexo 1)
- La funcionalidad conyugal se evalúa a través de la Escala de evaluación conyugal (Chávez Velazco), que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. (Anexo 2)

5.6.1. Cuadro de Variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Unidad de medición	
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Años (números consecutivos)	
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en su establecimiento docente	Cualitativa	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Carrera técnico 6. Licenciatura 7. Posgrado. a) Maestría b) Doctorado	
Calidad de vida	Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes.	Cualitativa	Puntaje total Grado de afectación.	1. Leve 0-11 puntos 2. Moderada 12- 22 puntos 3. Severa 23-33 puntos 4. Muy severa 34- 44 puntos.
Síntomas somáticos	Síntomas cuya naturaleza es de tipo corpóreo. / síntomas clínicos que provienen del cuerpo	Cuantitativa	Bochornos Sudoración Calores	0. No siente molestia  1. Siente molestia leve  2. Siente molestia moderada  3. Siente molestia importante  4. Siente demasiada molestia 
			Molestias del corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión del pecho).	0. No siente molestia  1. Siente molestia leve  2. Siente molestia moderada  3. Siente molestia importante  4. Siente demasiada molestia 

			<p>Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)</p>	<p>0. No siente molestia </p> <p>1. Siente molestia leve </p> <p>2. Siente molestia moderada </p> <p>3. Siente molestia importante </p> <p>4. Siente demasiada molestia </p>
			<p>Dificultades en el sueño (insomnio, Duerme poco)</p>	<p>0. No siente molestia </p> <p>1. Siente molestia leve </p> <p>2. Siente molestia moderada </p> <p>3. Siente molestia importante </p> <p>4. Siente demasiada molestia </p>
Síntomas psicológicos	Alteraciones en el estado de ánimo / síntomas que conciernen a la mente y a su funcionamiento.	Cuantitativa	<p>Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)</p>	<p>0. No siente molestia </p> <p>1. Siente molestia leve </p> <p>2. Siente molestia moderada </p> <p>3. Siente molestia importante </p> <p>4. Siente demasiada molestia </p>
			<p>Irritabilidad (sentirse tensa, explota con facilidad, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)</p>	<p>0. No siente molestia </p> <p>1. Siente molestia leve </p> <p>2. Siente molestia moderada </p> <p>3. Siente molestia importante </p> <p>4. Siente demasiada molestia </p>
			<p>Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)</p>	<p>0. No siente molestia </p> <p>1. Siente molestia leve </p> <p>2. Siente molestia moderada </p> <p>3. Siente molestia importante </p>

				4. Siente demasiada molestia 
			Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)	0. No siente molestia  1. Siente molestia leve  2. Siente molestia moderada  3. Siente molestia importante  4. Siente demasiada molestia 
Síntomas Urogenitales	Alteraciones que llevan complicaciones y síntomas relacionados con la atrofia vaginal y alteraciones del tracto urinario.	Cuantitativa	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)	0. No siente molestia  1. Siente molestia leve  2. Siente molestia moderada  3. Siente molestia importante  4. Siente demasiada molestia 
			Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)	0. No siente molestia  1. Siente molestia leve  2. Siente molestia moderada  3. Siente molestia importante  4. Siente demasiada molestia 
			Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales.	0. No siente molestia  1. Siente molestia leve  2. Siente molestia moderada  3. Siente molestia importante  4. Siente demasiada molestia 
Funcionalidad conyugal	Estado de equilibrio u homeostasis del subsistema conyugal, según el cumplimiento sus principales funciones.	Dependiente cualitativa	Sumatoria total	1. Funcional 71 - 100 2. Moderadamente Disfuncional 41 - 70 3. Severamente Disfuncional 00 - 40

Comunicación	Acto de interacción o intercambio que un individuo establece con otro u otros, que le permite transmitir una determinada información	Dependiente cualitativa	¿Se comunica directamente con su pareja?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 5 3. Siempre 10
			¿Su pareja se expresa de forma clara?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 5 3. Siempre 10
			¿Es congruente su pareja con lo que dice y hace?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 5 3. Siempre 10
Adjudicación de roles	Función o papel que cumplen los miembros de la pareja.	Dependiente cualitativa	¿Considera usted que ambos cumplen con las funciones que les corresponden dentro de la familia?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 2.5 3. Siempre 5
			¿Usted está satisfecho con la repartición de las funciones?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 2.5 3. Siempre 5
			¿Se propicia el intercambio de funciones?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 2.5 3. Siempre 5
Satisfacción sexual	Evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace con respecto de su vida sexual.	Dependiente cualitativa	¿Está satisfecha con la frecuencia de las relaciones sexuales?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 5 3. Siempre 10
			¿Está satisfecha con la calidad de la actividad sexual?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 5 3. Siempre 10
Afecto	Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia, y de demostrar distintas emociones (bienestar y emergencia)	Dependiente cualitativa	¿Existen manifestaciones físicas de afecto en su relación de pareja?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 2.5 3. Siempre 5
			¿Es gratificante el tiempo que se dedican para estar en pareja?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 2.5 3. Siempre 5
			¿Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja?	1. Nunca 0 2. Algunas veces 2.5 3. Siempre 5

			¿Percibe que es querida por su pareja?	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Siempre	0 2.5 5
Toma de Decisiones	Proceso mediante el cual se realiza una elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver diferentes situaciones de la vida	Dependiente cualitativa	¿Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente?	1. Nunca 2. Algunas veces 3. Siempre	0 7.5 15

6. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El presente estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec, en el periodo comprendido entre el 1º. De julio del 2016 al 31 de enero de 2017 en el área de Consulta Externa.

En primer lugar, se desarrolló un protocolo de investigación, posteriormente se solicitó la autorización de los directivos y de los jefes de la consulta externa del Centro Médico ISSEMyM, para la aplicación de los cuestionarios. Se identificó a mujeres con edad oscilante entre 45 y 55 años, atendidas en el turno matutino durante los meses de Julio del 2016 a enero del 2017 en un horario de 08:00 a 14:00 horas; se les solicito el apoyo para contestar los cuestionarios correspondientes en el anonimato. Mediante encuestas impresas, se aplicó la escala validada de Evaluación Conyugal del Dr. Chávez y Velazco y Menopause Rating Scale (MRS) ambas escalas se complementaron con datos personales (edad, estado civil, ocupación y Escolaridad) para tener una visión más general de las pacientes encuestadas.

Los datos recogidos de las encuestas sobre la escala de Evaluación Conyugal y la Menopause Rating Scale fueron calificados de acuerdo al puntaje preestablecido para ello; y junto con los datos sociodemográficos de los pacientes encuestados, se capturaron primeramente en papel y posteriormente se incluyeron en el programa de Excel 2013, para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva, aplicando rangos de edad, porcentajes y medidas de tendencia central (media). La información final se presenta en gráficas de barra y de pastel, para su posterior discusión y finalmente la realización de conclusiones.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo a la Asociación Médica Mundial que promulgo en la declaración de Helsinki de 1964, así como en la Ley general de Salud en su título quinto la propuesta de principios éticos que los médicos deben seguir al realizar investigación médica en seres humanos, la presente investigación no representa riesgo para los pacientes, ya que los cuestionarios aplicados solo se enfocaron en sintomatología específica y la evaluación conyugal, sin especificar nombre ni número de clave de los pacientes.

8. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se aplicaron las escalas de evaluación conyugal y Menopause Rating Scale (MRS) a un total de 54 pacientes en el período del 01 de julio del 2016 al 31 de enero del 2017 en el Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.

De los 54 cuestionarios aplicados, cinco fueron excluidos, tres por no ser contestados en su totalidad, uno por no tener una relación de pareja estable y otro por no tener síntomas de climaterio. Ver gráfica 1.

Al clasificarlas por edad se obtiene que dentro del rango de 45 a 49 años se tienen 25 (51%) pacientes y de 50 a 55 años se tienen 24(49%) pacientes. Ver gráfica 2

En cuanto al estado civil, 4(8%) están en unión libre y 45 (92%) son casadas. Ver gráfica 3

En base a su escolaridad, 7 (14.28%) cuentan con educación primaria, 12 (24.48%) con educación secundaria, 11 (22.44%) con preparatoria, 2 (4.08%) con carrera técnica, 15 (30.61%) con licenciatura, 1(2.04%) con maestría y 1(2.04%) con Doctorado. Ver gráfica 4.

En Cuanto a la ocupación 17(34%) son maestras, 11(22%) Policías, 9(18%) administrativo, 8(16%) amas de casa y 4(8%) tenían otras actividades en municipios del estado. Ver grafica 5

En relación a los resultados obtenidos con la escala MRS para la Evaluación de la calidad de vida en el climaterio se obtiene:

De las 49 pacientes, 20 (41%) presentaron sintomatología leve, 17 (35%) sintomatología moderada, 7 (14%) sintomatología severa, y 5 (10%) sintomatología muy severa. Ver gráfica 6

De las 20 (40%) con sintomatología leve, 7 (14%) de ellas tenían como predominio una sintomatología somática 7(14%) con predominio psicológico 4 (8%) con predominio urogenital y 2(4%) con sintomatología combinada urogenital y psicológica. Ver gráfica 7

De las 17 (34%) con sintomatología moderada, 7(14%) de ellas tenían como predominio una sintomatología somática, 7(14%) con predominio psicológico, 0 (0%) con predominio urogenital, 2(4%) con sintomatología combinada somática y psicológica y 1(2%) con sintomatología combinada somática, psicológica, urogenital. Ver gráfica 8.

De las 7(14%) con manifestaciones severas se obtiene: 2 (4%) con síntomas somáticos, 4(8%) con síntomas psicológicos, ninguna (0%) con síntomas urogenitales y 1(2%) con síntomas combinados somático y urológico. Ver gráfica 9

De las 5 (10%) pacientes con sintomatología muy severa se obtiene: 2(4%) con síntomas somáticos, 2(4%) con síntomas psicológicos, 0 (0%) con síntomas urogenitales y 1 (2%) con sintomatología combinada somático y urológica. Ver gráfica 10.

Tomando en cuenta solo el dominio predominante se observa: que 18 (37%) pacientes presentan sintomatología somática, 20 (41%) presentan síntomas psicológicos, 4 (8.1%) urogenitales y 7 (14.2) presentan síntomas combinados. Ver gráfica 11

De acuerdo a la evaluación del subsistema conyugal según la escala de Chávez y Velazco se encontró lo siguiente: 29 (59%) son funcionales, 14 (29%) son moderadamente disfuncionales y 6 (12%) severamente disfuncionales. Ver gráfica 12.

Con respecto a las cinco dimensiones a evaluar se encontró lo siguiente:

Para 24 (48.97%) mujeres su comunicación es funcional, 22 (44.89%) moderadamente funcional, y 3 (6.1%) severamente disfuncional. Ver gráfica 13

En la adjudicación de roles, 15 (30%) es funcional, 31 (63%) es moderadamente disfuncional, 3 (6%) severamente disfuncional. Ver gráfica 14.

Con respecto a la satisfacción sexual, para 19 (39%) es funcional, 25 (51%) es moderadamente disfuncional, 5 (10%) severamente disfuncional. Ver gráfica 15.

Para el afecto, 26 (53%) es funcional, 19 (39%) es moderadamente disfuncional, 4 (8%) es severamente disfuncional. Ver gráfica 16

Con respecto a la toma de decisiones, para 28 (57%) es funcional, 17 (35%) es moderadamente disfuncional y 4 (8%) severamente disfuncional. Ver gráfica 17.

Evaluando ambas escalas se observó que de las 20 pacientes con sintomatología leve 16 (80%) eran funcionales en la evaluación conyugal, 3 (15%) moderadamente disfuncionales y solamente 1 (5%) con disfunción severa. Ver gráfica 18.

De las 17 que presentaron sintomatología moderada, 8 (47.05%) eran funcionales en la evaluación conyugal, 8 (47.05%) moderadamente disfuncionales y solamente 1 (5.88%) con disfunción severa. Ver gráfica 19.

De las 7 pacientes que presentaron sintomatología severa, 4 (57.14%) presentaron funcionalidad en su evaluación conyugal y 3 (42.85%) moderada disfunción. Ver gráfica 20.

De las 5 pacientes que presentaron sintomatología muy severa; 4 (80%) tenían en su evaluación conyugal disfunción severa y solamente 1(20%) era funcional. Ver gráfica 21.

8.1. Gráficas

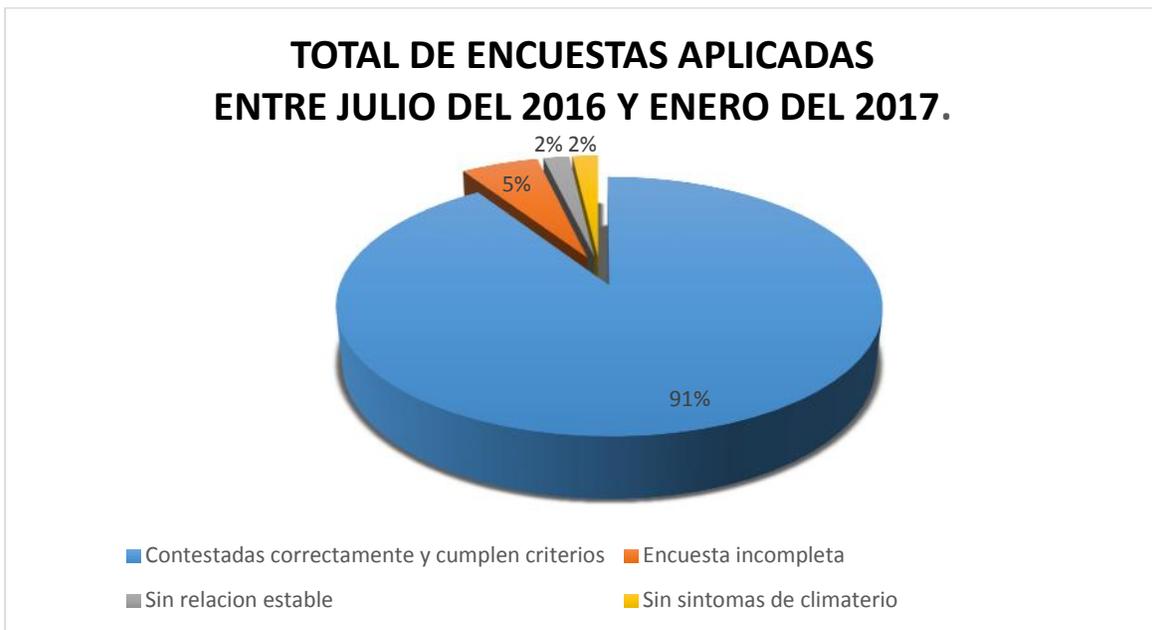


GRÁFICO 1: TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE JULIO DEL 2016 Y ENERO DEL 2017.

Fuente: Pacientes encuestados.



GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN EN CUANTO AL RANGO DE EDAD.

Fuente: Sección de datos sociodemográficos

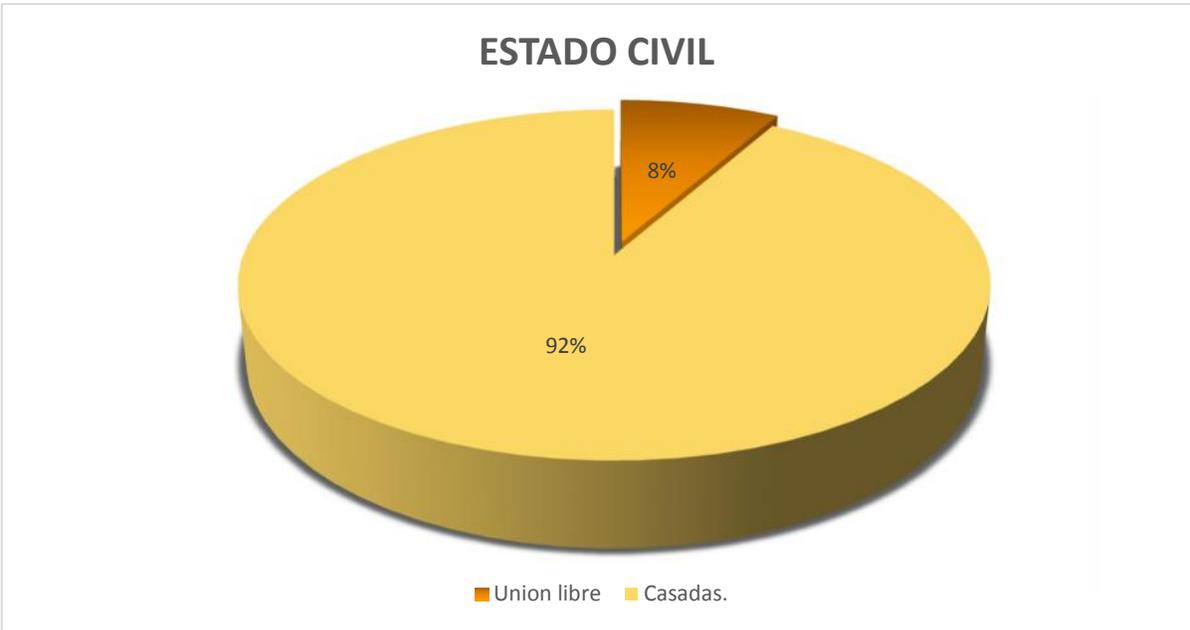


GRÁFICO 3 ESTADO CIVIL.

Fuente: Sección de datos sociodemográficos



GRÁFICO 4 ESCOLARIDAD.

Fuente: Sección de datos sociodemográficos

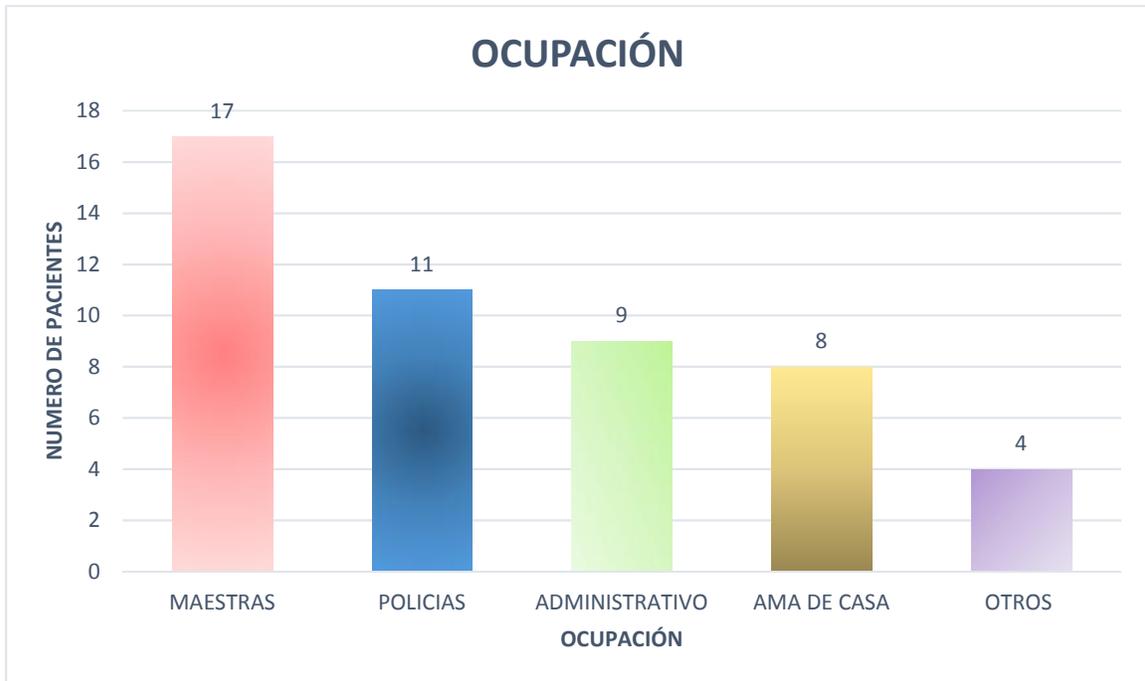


Gráfico 5: OCUPACION DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS.

Fuente: sección de datos sociodemográficos.

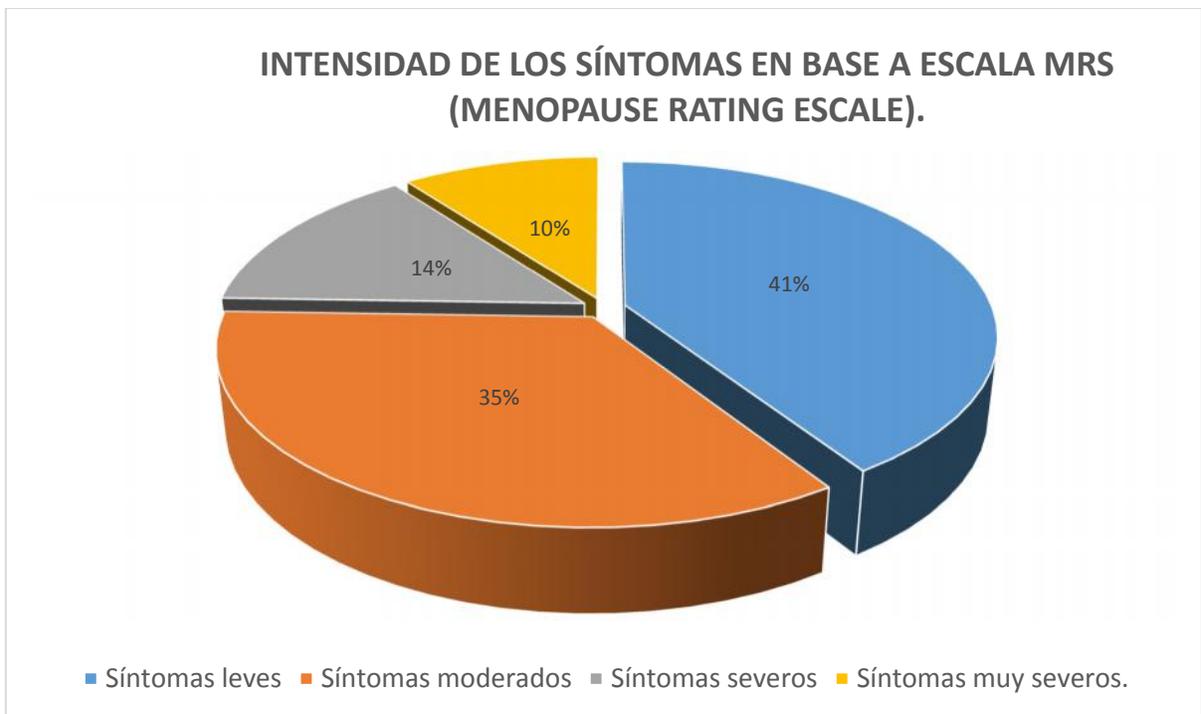


GRÁFICO 6: INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS EN BASE A LA ESCALA MRS (MENOPAUSE RATING SCALE)

Fuente: Escala Menopause Rating Scale.

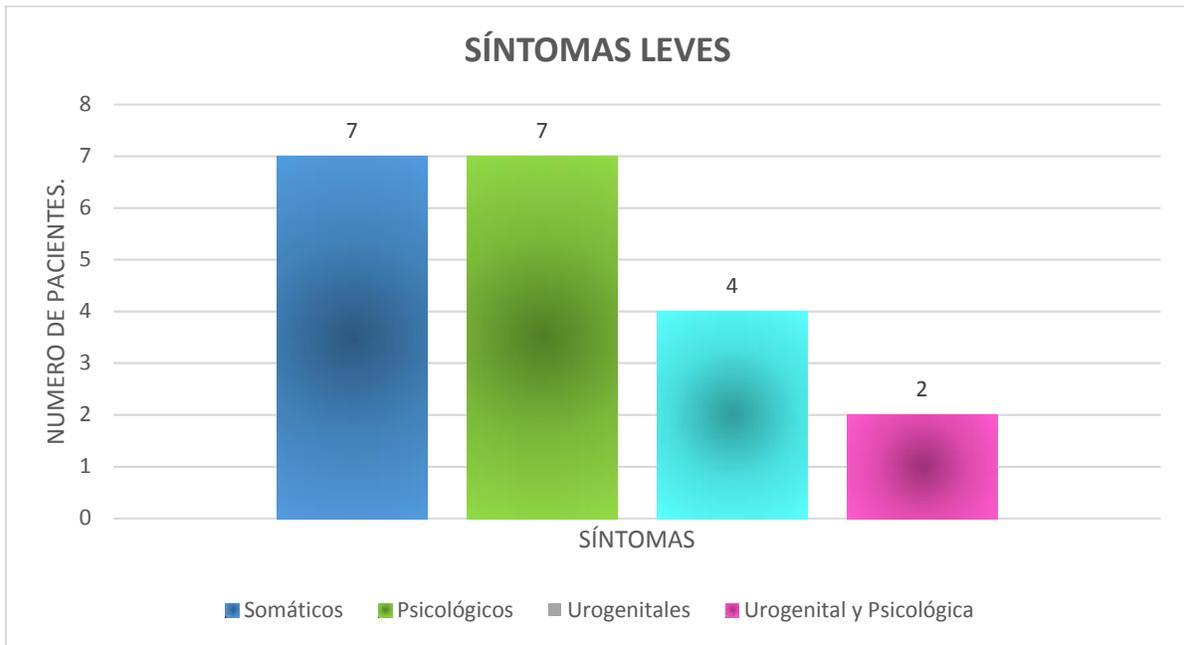


GRÁFICO 7: MANIFESTACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACUERDO A LA SEVERIDAD

Fuente: Escala Menopause Rating Scale.

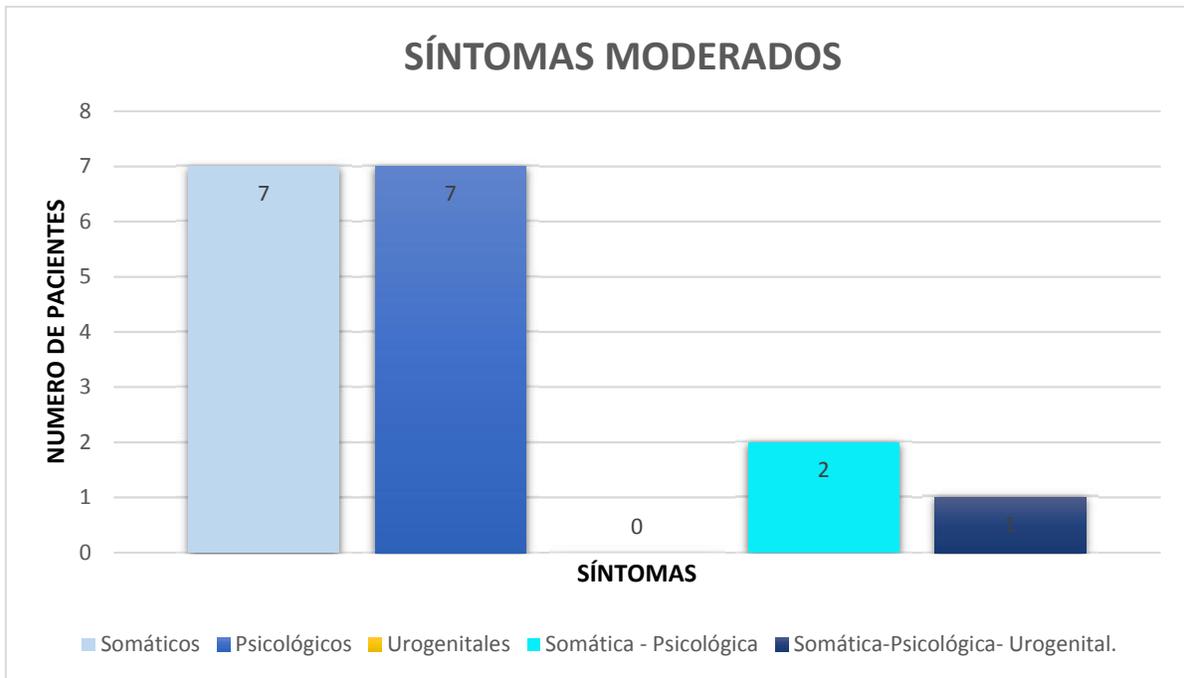


GRÁFICO 8: MANIFESTACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACUERDO A LA SEVERIDAD

Fuente: Escala Menopause Rating Scale.

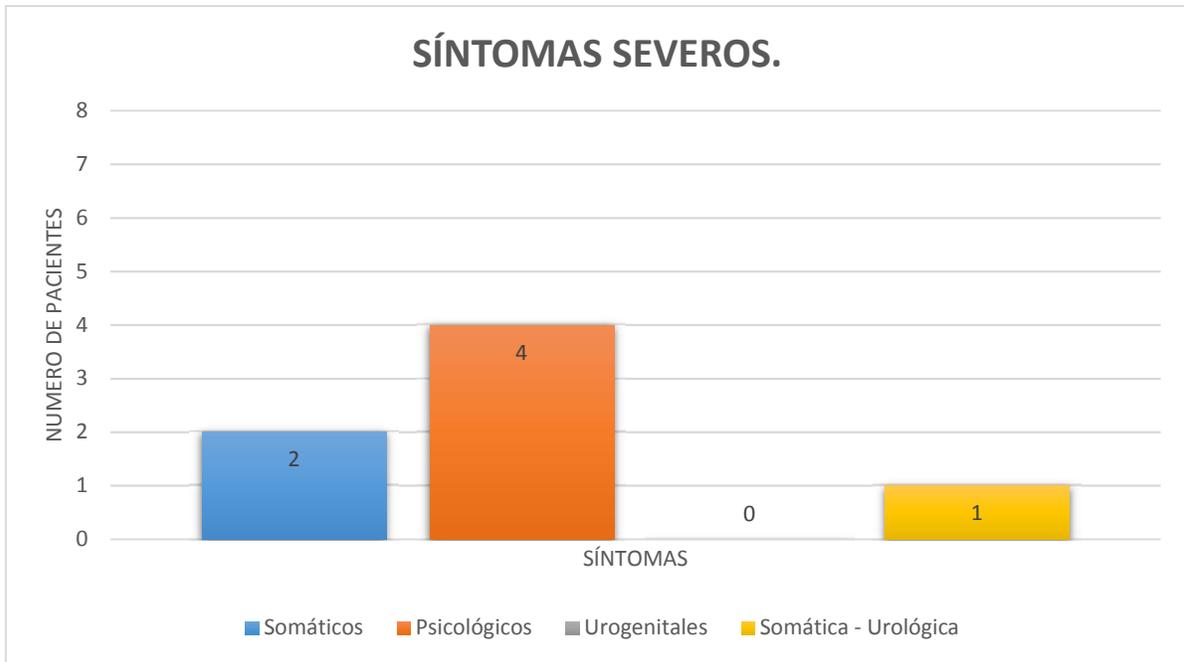


GRÁFICO 9: MANIFESTACION DE SINTOMAS DE ACUERDO A LA SEVERIDAD

Fuente: Escala Menopause Rating Scale.

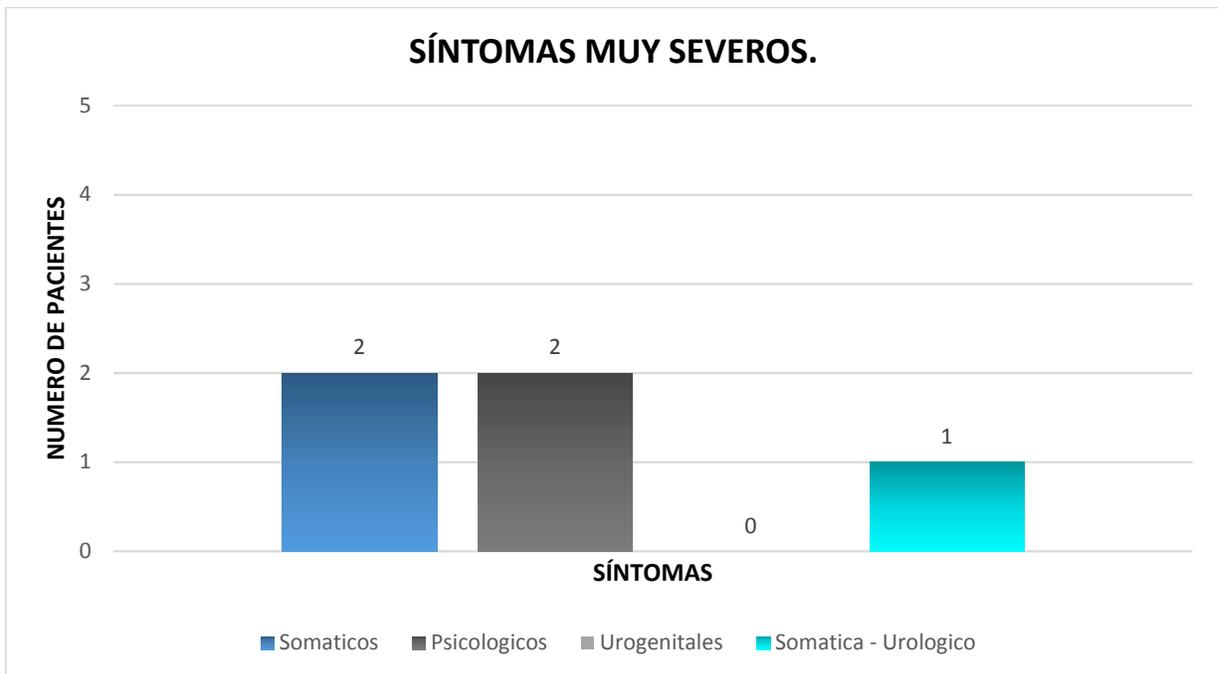


Gráfico 10: MANIFESTACION DE SINTOMAS DE ACUERDO A LA SEVERIDAD

Fuente: Escala Menopause Rating Scale.

SINTOMATOLOGIA PREDOMINANTE DE ACUERDO A LA ESCALA MRS.

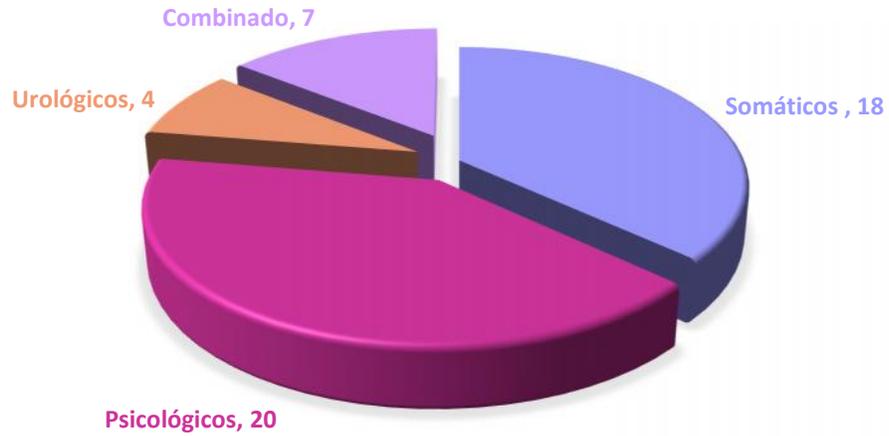


Gráfico 11: SINTOMATOLOGIA PREDOMINANTE EN BASE A LA ESCALA MRS.

Fuente: Escala Menopause Rating Scale.

EVALUACIÓN SUBSISTEMA CONYUGAL.



Gráfico 12: EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SISTEMA CONYUGAL

Fuente: Escala Chávez y Velasco.



Gráfico 13 EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD EN AREA DE COMUNICACIÓN.

Fuente: Escala Chávez y Velasco.

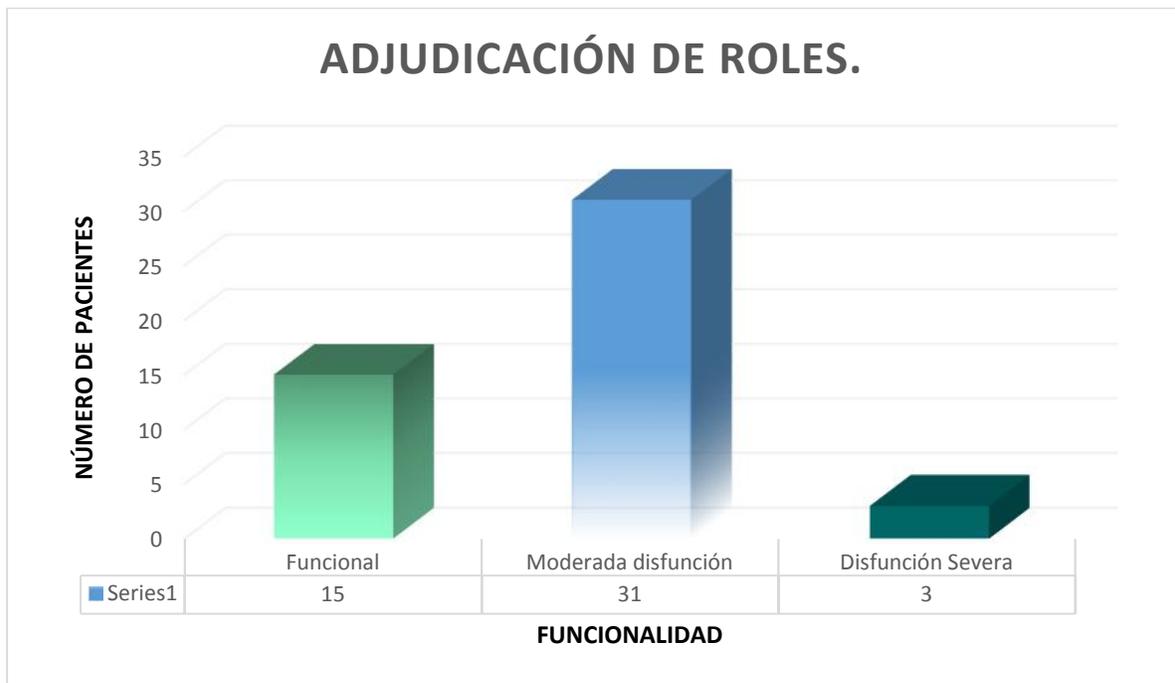


Gráfico 14: EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD EN ADJUDICACIONE ROLES

Fuente: Escala Chávez y Velasco.



Gráfico 15: EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD EN SATISFACCION SEXUAL

Fuente: Escala Chávez y Velasco.



Gráfico 16: EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD EN EL AREA DE AFECTO

Fuente: Escala Chávez y Velasco.



Gráfico 17: EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD EN TOMA DE DECISIONES

Fuente: Escala Chávez y Velasco.

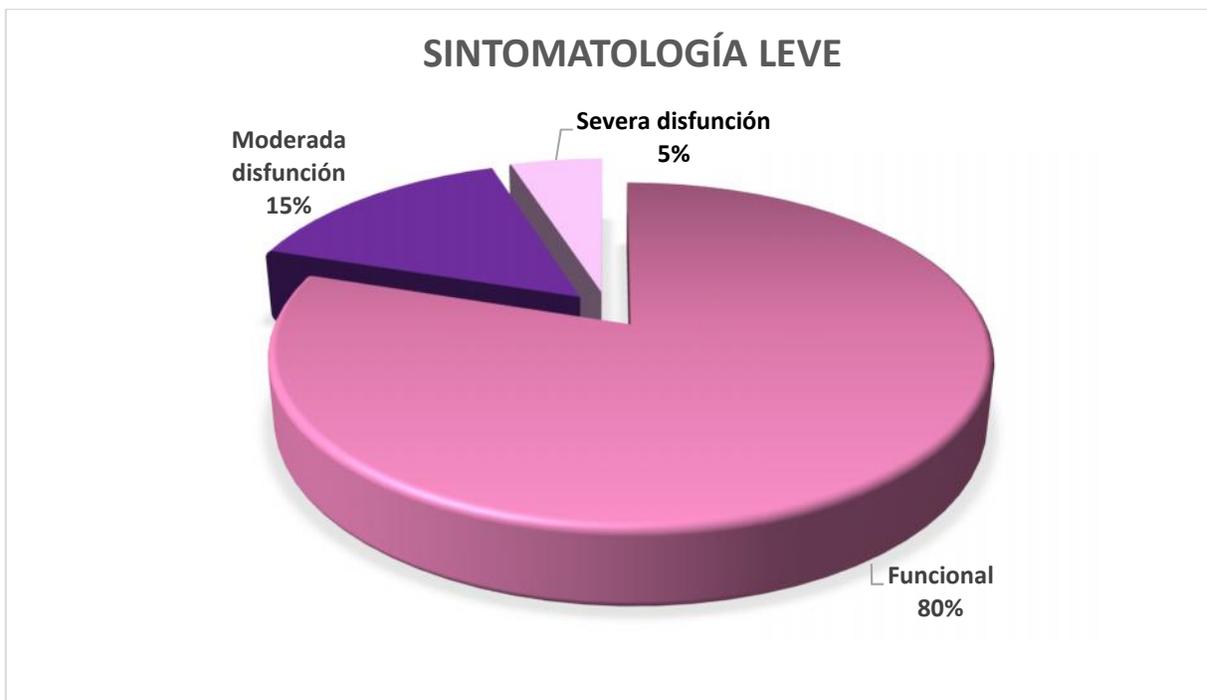


Gráfico 18: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DISFUNCION DE ACUERDO AL GRADO DE SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS.

Fuente: Escala MRS y escala Chávez y Velasco.



Gráfico 19: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DISFUNCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS.

Fuente: Escala MRS y escala Chávez y Velasco

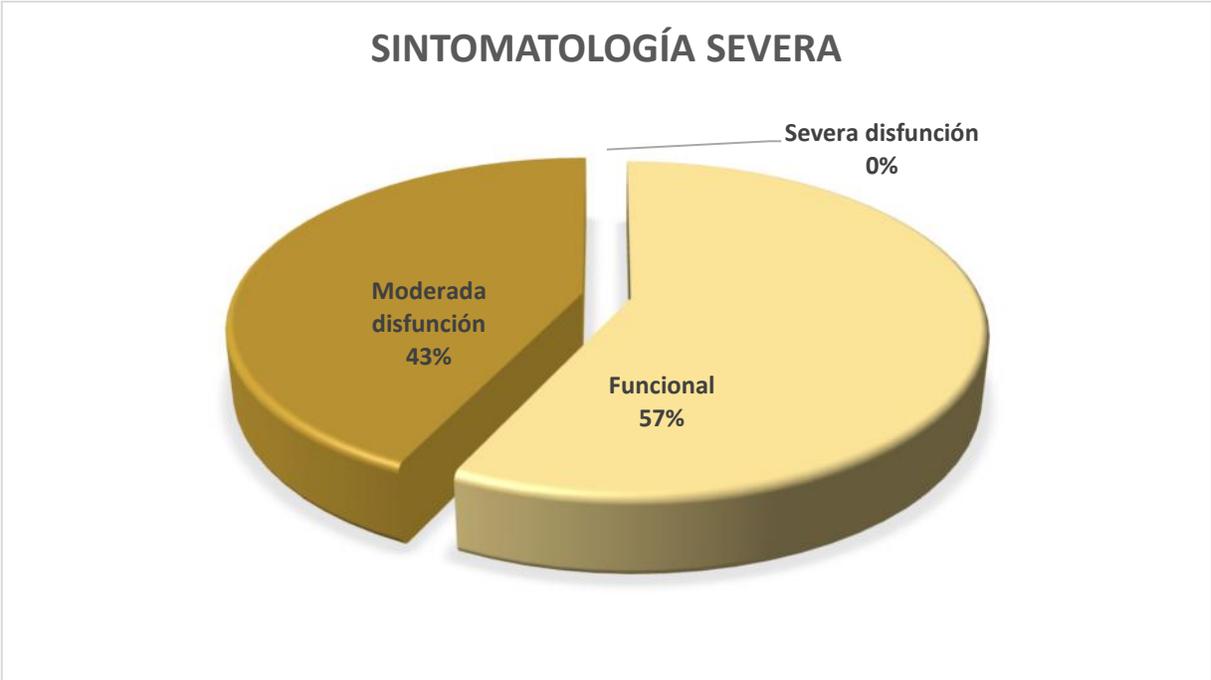


Gráfico 20: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DISFUNCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS.

Fuente: Escala MRS y escala Chávez y Velasco



Gráfico 21: EVALUACIÓN DEL GRADO DE DISFUNCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS.

Fuente: Escala MRS y escala Chávez y Velasco

9. DISCUSIÓN.

Este estudio permitió conocer el nivel de funcionalidad en el subsistema conyugal y la calidad de vida en las pacientes con síndrome climatérico. Hubo 59% de funcionalidad, 29% moderada disfuncionalidad y 12% severa disfuncionalidad, muy similar a lo encontrado por Nadezhda Pavón Mendoza y cols.²⁶ en donde la funcionalidad alcanzó un 56%, moderada disfuncionalidad un 35% y disfuncionalidad severa un 9%. Dentro de los aspectos evaluados en la funcionalidad del subsistema conyugal se obtuvo que los de mayor afectación fueron la adjudicación de roles (63%) y la satisfacción sexual (40%) a diferencia que en el estudio de Nadezhda Pavón Mendoza y Cols.⁽²⁶⁾ en donde la principal afectación fue en la comunicación (48%) y el afecto (41%). En el mismo estudio la mayoría de las pacientes contaba con un nivel de escolaridad básico (primaria 60%), en nuestro estudio mostro una escolaridad cercana al 60% de nivel medio superior y licenciatura, hay que tener en cuenta que el estudio realizado por Nadezhda Pavón Mendoza y cols.²⁶ fue en un Centro de salud de la Ciudad de México con un universo de estudio mayor a diferencia del nuestro en donde se obtuvo una población menor y fue solamente en un hospital de tercer nivel.

En nuestro estudio al evaluar la calidad de vida con la escala Menopause Rating Scale el 80% de las pacientes presentaban una afectación de **leve a moderada**, la sintomatología predominante fue la psicológica con un 41%, seguido de los síntomas somáticos en un 37% y finalmente la urogenital con un 8%, encontrando pacientes en las que había sintomatología combinada hasta 14%, mientras que en el realizado por Mónica del Prado y cols.⁽¹⁹⁾ se observó que el 80% presentaba una afectación de **severa a muy severa**; predominando también los síntomas psicológicos en el 56.8% de las pacientes, pero no así los síntomas urológicos los cuales obtuvieron el segundo lugar con un 35.7% y en tercer lugar los síntomas somáticos con un 20.8%, en dicho estudio no se reporta sintomatología combinada.

Finalmente en nuestro estudio se observó que de las pacientes que presentaron una sintomatología leve a moderada la mayoría fue funcional en el subsistema conyugal en un 80%, y aquellas que tenían sintomatología muy severa presentaban disfunción severa en el subsistema conyugal hasta en un 80%, esto tal vez este influenciado por el tamaño de la muestra y probablemente el grado académico que presentan las pacientes; además de que en dicho estudio se tuvo un rango más amplio de edad tomando en cuenta la etapa de premenopausia o postmenopausia.

10. CONCLUSIONES

En este estudio la calidad de vida de las pacientes en climaterio, el mayor porcentaje fue de 76% para afectación leve a moderada y del 14 % para la afectación severa y muy severa. En relación a la funcionalidad del subsistema conyugal el mayor porcentaje fue funcional en un 60%, el mayor grado de escolaridad reportado fue de nivel medio superior a superior en un 59%, la ocupación predominante fue de maestros en un 35 %, seguida en un 22% de policías y 18% administrativos, y en relación al estado civil el 92% lo obtuvieron las casadas.

Con estos resultados no se puede generalizar, se propone utilizar un muestreo probabilístico, con una población estadísticamente significativa y que abarque los 3 niveles de atención médica y varias Unidades Médicas.

Nuevas líneas de investigación podrían ser la utilización de la Escala de Satisfacción Marital de Susan Pick de Weiss y Patricia Andrade, la cual es autoaplicable y se evalúa de forma integral al subsistema conyugal, ya que incluye los áreas evaluadas en la Escala de Chávez y Velasco, además de evaluar el tiempo de compartir en pareja, de cómo educar a los hijos, la equidad en las labores domésticas, entre otras, y de que las preguntas son más entendibles y fáciles de responder para el paciente a diferencia de la utilizada en este estudio donde hay confusión para algunas respuestas, por ejemplo: donde cuestiona la congruencia entre la comunicación verbal y la analógica, por lo que para poder dar solución a las preguntas confusas, se procedió a entrevistar al paciente tratando de que entendiera la idea central de las mismas.

Con todo esto se propone la implementación de cursos y/o talleres dirigidos a las mujeres que acudan a la consulta externa del Instituto, con el fin de informar y orientar acerca de la etapa del climaterio con el fin de prevenir complicaciones, entre ellas, la disfunción del subsistema conyugal, promoviendo de ser posible la participación de la pareja en dichas actividades. Así como la capacitación del personal médico – transformación de médicos generales a médicos familiares que apliquen los tres pilares de la medicina familiar: integralidad, continuidad y anticipación al riesgo en la atención

de cada uno de sus derechohabientes en todas las unidades del primer nivel de atención del ISSEMYM, así como la integración de un equipo multidisciplinario donde intervengan psicología, trabajo social, enfermería, etc., y así poder implementar el manejo oportuno de las pacientes con el fin de disminuir la sintomatología y evitar o bien prolongar la aparición de las complicaciones.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Manure BJ, Síntomas Vasomotores en la Mujer Climática; Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011,37(4): 577- 592.
2. Bonilla MF. Síndrome Climatérico. Archivos de Medicina General de México. 2012. Volumen 1, (1): 20-26.
3. Aedo MS, Alliende FR, Matte AC, Cabrera GJ, Campodónico GA. Fisiopatología del Síndrome Climatérico. Revista de Ginecología y obstetricia. Hospital Santiago Oriente. 2013. Volumen 8 (1): 27-35.
4. Hernández VM, Córdova PN, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, Vargas A, et al. Frecuencia de los síntomas en el Síndrome Climatérico. Ginecología y Obstetricia de México, 2010, 78(4): 232-237.
5. Mendoza RD. Menopausia y Climaterio. Centro Especializado para la Atención de la Mujer S.C. 2010, 27-47.
6. Vázquez M, Motta ME, Morfin MJ. Estudio del Climaterio y la Menopausia. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2010, 235-255.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para la atención médica.
8. Rondón MB, Aspectos Sociales y Emocionales del Climaterio: Evaluación y manejo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2008. 54: 99-107.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI) [Sede Web]*. México, 2015. Encuesta Nacional sobre población, porcentaje de mujeres de 45 a 49 años y de 50 a 55 años; 2015 [Acceso abril 2017]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores>.
10. Morfin MJ, 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, Ginecología y obstetricia de México, 2010. 78(8):423-440.
11. Lugunoos BM, Navarro DD. Síndrome Climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología, 2006; 31(1).
12. Bocchino S, Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio, Trastornos depresivos y cognitivos. Aspectos clínicos y terapéuticos. Revista de psiquiatría del Uruguay, 2005; 69: 66-79.
13. Alvarado GA, Hernández QT, Hernández VM, Negrín PM, Ríos CB, Valencia PG, et al. Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia; Revista Médica del IMSS 2015; 53(2): 214-225.
14. Urzúa MA, Caqueo UA. Calidad de Vida: Una Revisión Teórica del concepto. Terapia Psicológica, 2012; 30 (1): 61-71.
15. Ardila R. Calidad de Vida: Una Definición Integradora. Revista Latinoamericana de psicología, 2003; 35 (2): 161-164.
16. Aedo S, Campodónico I, Cano F, Valenzuela F. Medición de la calidad de vida relacionada al climaterio. Revista de Obstetricia y Ginecología del Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". 2008; 3 (3): 222-228.

17. MRS- The Menopause Rating Scale, developed by the Berlin Center for Epidemiology and Health research, ZEG-Berlin, <http://www.menopause-rating-scale.info/> (2005).
18. Clavijo CL. Evaluación de Función Familiar en pacientes con síndrome climatérico en el Hospital Obrero No. 2 De la caja Nacional de Salud Cochabamba. Revista Médica. 2008; 5-9.
19. Del Prado AM, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel J. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale), 2008; 136: 1511-1517.
20. Barragán QI, Villa BR, Gómez AC, Rodríguez OA. Asociación entre síndrome climatérico y disfunción familiar en una unidad de medicina familiar en México. Cuadernos de Atención Primaria, 2014; 20, 219.
21. Couto ND, Nápoles MD. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia, MEDISAN cuba 2014. 18(10): 1409- 1418.
22. Conceptos Básicos para el estudio de las familias. Archivos de Medicina Familiar, (7), 15-19.
23. Membrillo LA., Fernández OM., et. al., (2008). Familia, Introducción al estudio de sus elementos, México: Editores de Textos Mexicanos.
24. Huerta GJ. Medicina Familiar: "La familia en el proceso salud – enfermedad, México, D.F. Editorial Alfil 2005.
25. Barbado AJ, Aizpiri DJ., Cañones GP, Fernández CA, Gonzales EF., Rodríguez SJ, et al. Individuo y Familia (I). Revista de la SEMG, Febrero 2004; 61: 84-94.
26. Pavón MN, Dickson BM, González SC. El Climaterio como Factor de Riesgo en casos de disfunción Conyugal. Atención Familiar 2014, 21(2) 35-38.

12. ANEXOS.

Anexo 1: Menopause Rating Scale (MRS)

Es un instrumento validado de medición de calidad de vida, desarrollado para medir la severidad de los síntomas relacionados con la menopausia.

ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?
 Marque solamente una casilla en cada línea

		No siente molestia	Siente molestia leve	Siente Molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
						
PUNTOS		0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					

Para uso del profesional	Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total
--------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------

El esquema de puntuación de la escala MRS: Cada uno de los once ítems es calificado como: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo). Los datos obtenidos en las tres dimensiones establecen el puntaje total o dimensión global de la escala. Entre mayor sea la cifra obtenida, mayor es el deterioro de la calidad de vida.

Anexo 2: Escala Chávez y Velasco.

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCIONES	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
COMUNICACIÓN: 1. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES: La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
SATISFACCION SEXUAL Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
AFECTO Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
TOMA DE DECISIONES Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

Para la calificación se utiliza un valor numérico de 0, 5, y 10, según el grado de satisfacción para cada pregunta, al final se suman los puntos y se compara con una escala preestablecida en la cual se encuentran los siguientes valores:

CALIFICACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

0-40 PUNTOS PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL
 41-70 PUNTOS PAREJA CON DISFUNCIÓN MODERADA
 71-100 PUNTOS PAREJA FUNCIONAL

NOTA: Debido a que la escala de evaluación del subsistema conyugal presenta varios rubros con lenguaje técnico, el cual era incomprendible para la mayoría de las pacientes se decide hacer la modificación de la redacción de dichos rubros con el fin de que sean comprensibles para todas las pacientes sin alterar la idea principal del autor.

PREGUNTAS	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
COMUNICACIÓN			
Se comunica directamente con su pareja			
Su pareja se expresa de forma clara.			
Es congruente su pareja en lo que dice y hace			
ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES			
Considera usted que ambos cumplen con las funciones que les corresponden dentro de su familia			
Está usted satisfecho(a) con la repartición de funciones			
Se propicia el intercambio de funciones			
SATISFACCIÓN SEXUAL			
Está satisfecha con la frecuencia de las relaciones sexuales			
Está satisfecha con la calidad de la actividad sexual			
AFECTO			
Existen manifestaciones físicas de afecto en su relación de pareja			
Es gratificante el tiempo que se dedican para la pareja			
Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja			
Percibe que es querida por su pareja			
TOMA DE DECISIONES			
Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente			